TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES



Paris. — Imprimé par E. Thunot et Cᵉ, rue Racine, 26.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

PAR

F. F. CLERC

MÉDECIN DE SAINT-LAZARE

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DU MIDI

EX-MÉDECIN AU DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ PUBLIQUE

Avec figures dessinées d'après nature par Léveillé

Gravées par Debray



Connaître une maladie est la première de toutes les conditions pour la guérir.

HUFELAND.

Qui benè judicat, benè sanat.

BAGLIVI.

PREMIER FASCICULE

PARIS

LIBRAIRIE CHAMEROT ET LAUWEREYNS

13, RUE DU JARDINET, 13

1866

AVANT-PROPOS.

Cédant aux sollicitations de nos élèves et aux encouragements de quelques confrères bienveillants, nous avons entrepris la publication d'un *Traité des maladies vénériennes.* — L'exécution de notre projet a subi un retard dont nous devons faire connaître les causes.

Les recherches incessantes dont ces maladies ont été l'objet depuis trente ans, en France et à l'étranger, ont singulièrement multiplié les écrits relatifs à cette branche de la pathologie. Nous avons dû non-seulement en prendre connaissance, mais encore nous rendre compte de leur valeur, en vérifiant au lit des malades les opinions ou les théories que ces écrits avaient pour but de faire connaître. Ce travail de vérification est long, parce que les faits cliniques ne se représentent que successivement et lentement, et qu'il n'est pas toujours possible de les reproduire à l'aide de l'expérimentation.

Nous ne craignons pas d'ajouter qu'une autre cause du retard de cette publication a été notre défiance envers nous-même, et la crainte de rester par trop au-dessous de notre tâche. Plus de vingt années consacrées à l'observation assidue des maladies vénériennes, et à leur étude bibliographique, nous donnent peut-être quelque droit à la confiance des lecteurs. Ils verront au moins que nous avons fait tous

nos efforts pour utiliser en leur faveur les résultats de notre expérience, et pour leur faciliter l'étude et la pratique de ces affections, dont on peut dire encore aujourd'hui ce que Thierry de Héry disait en 1552, « *qu'elles sont beaucoup plus frequentes et communes, que congnues.* »

Après de mûres réflexions, nous avons reconnu que l'ordre suivi par les anciens syphiliographes dans l'exposition des affections vénériennes était le meilleur. Il consiste à décrire d'abord ces affections, et à les envisager ensuite au point de vue de leur prophylaxie et de leur traitement.

Notre traité comprendra donc deux grandes divisions : — La première partie sera consacrée à la *pathologie* des maladies vénériennes, — et la seconde à la *thérapeutique* générale et spéciale de ces affections. — Si nous donnons moins d'étendue à la partie *historique* qui terminera ce traité, notre excuse sera dans le caractère pratique de ce livre, et dans la direction clinique de nos études.

Nos élèves retrouveront dans ce traité les idées et les opinions qu'ils nous ont entendu émettre dans nos cours publics à l'École pratique, et dans les conférences qu'ils ont suivies à notre dispensaire. — Quelques fragments de ces doctrines ont déjà été reproduits dans des dissertations inaugurales, et dans des publications plus importantes. Leurs auteurs n'ayant pas toujours eu le soin d'en indiquer la source, il nous arrivera de revendiquer ce qui nous appartient. Le soin extrême que nous avons mis à reconnaître les emprunts que nous avons pu faire, nous autorise à demander pour nous la même justice.

Paris, 5 mars 1866.

DE LA SYPHILIS.

CHAPITRE Ier.

PREMIÈRE MENTION DE LA MALADIE SYPHILITIQUE. — DÉNOMINATIONS DIVERSES QUI LUI FURENT DONNÉES.

Les historiens qui ont raconté les événements dont l'Italie fut le théâtre vers la fin du XVe siècle, rapportent qu'au moment de l'invasion de ce pays par une nombreuse armée, sous la conduite de Charles VIII, roi de France (1494-1495), une maladie contagieuse se montra parmi les soldats des armées belligérantes, s'étendit aux populations, et fit un grand nombre de victimes.

Les médecins contemporains de ces événements ne pouvaient manquer de constater l'existence de cette maladie. Nous leur devons, en effet, les premières descriptions de ce mal, dont la gravité et la propagation rapide jetèrent l'épouvante parmi les peuples de l'Europe. Ainsi, Alexandre Benedetti, l'un des médecins de l'armée vénitienne que Charles VIII défit à Fornovo, le 6 juillet 1495, dit dans son *Traité de toutes les maladies*, imprimé à Vérone l'année suivante (1496), que cette maladie était nouvelle ; il la compare à une peste surpassant en horreur la lèpre et l'éléphantiasis, et il la désigne sous le nom de *morbus Gallicus* : « *Medicis ignotus prioribus, siderum pestifero adspectu, morbus Gallicus ad nos ex occidente, dum hæc ederemus, irrepsit, tanta omnium membrorum fœditate cruciatibusque, nocte præsertim, ut lepram, alioqui insanabilem, sive elephantiasin horrore superet*, etc. (1). »

Marcellus Cumanus, chirurgien à cette même armée de la république de Venise, a mentionné, dans quelques notes écrites sur son exemplaire de Pierre de Argelata, l'apparition de cette maladie, qu'il appelle *pustules épidémiques* (*pustulæ sive vesicæ epidemicæ*) (2).

Vers le même temps, un médecin allemand, Joseph Grunbeck, publiait,

(1) *Omnium a vertice ad calcem morborum signa*, etc, cité par C. G. Gruner dans son *Aphrodisiacus, sive de lue venerea*. Iéna, 1789, in-fol., p. 39.
(2) Gruner, in *Aphrod.*, p. 52.

sous le titre de : *De pestilentiali scorra, sive mala de Frantzos*, un des premiers traités sur cette maladie, qu'il dit aussi être « une nouvelle espèce de maladie, dont personne n'avait ouï parler, que nul homme n'avait jamais vue, et qui était totalement inconnue. »

Coradin Gilini, dans son *Opusculum de morbo Gallico* (1497), est plus explicite encore : « L'année dernière, dit-il au commencement de son livre, une certaine maladie très-cruelle a attaqué un grand nombre de personnes, tant en Italie qu'au delà des monts. Les Italiens l'appellent le *mal français*, disant que les Français l'ont apporté en Italie ; mais les Français, de leur côté, le nomment *mal d'Italie* ou *mal de Naples*, parce qu'ils assurent que c'est en Italie, et principalement à Naples, qu'ils ont été infestés de cette violente et cruelle contagion, ou parce que cette maladie a paru en Italie dans le temps que les Français ont passé deçà des monts. Comme ce mal est *inconnu* chez les modernes et que les médecins ont déjà fort disputé entre eux, et disputent encore sur sa nature, j'ai formé le dessein d'écrire là-dessus le plus brièvement et le mieux qu'il me sera possible (1). »

Nicolas Leoniceno, un des plus grands médecins de la renaissance, tenait le même langage dans son livre *De morbo Gallico*, publié aussi en 1497 : « Il y a déjà quelque temps qu'un mal, dont le caractère est *extraordinaire*, se fait sentir en Italie et dans plusieurs autres pays.... Cependant les médecins de notre temps n'ont point encore donné de véritable nom à cette maladie; mais ils l'appellent communément le *mal français* (2). »

Gaspar Torella (1497), Antoine Benivenio (1502), Wendelin Hock, Jacques Catanée, Jean de Vigo, Pierre Meynard, le chevalier allemand Ulric de Hutten, etc., sont unanimes pour affirmer que la maladie était nouvelle, que sa première apparition en Italie coïncidait avec l'invasion française; et, comme pour témoigner de cette croyance où ils étaient tous que le mal était nouveau, ils lui donnèrent un nom nouveau aussi : *mal français*, *mal de Naples*, *mal des Espagnols*, *mal des pustules*, *grosse vérole*, *pudendagre*, *maladie vénérienne*, etc., dénominations tirées ou de l'origine supposée de cette maladie, ou de son aspect, ou enfin de son mode le plus fréquent de propagation, l'acte génital.

D'autres donnaient à la maladie nouvelle le nom du saint dont ils imploraient l'assistance. « De là vient, dit Astruc, que le mal vénérien a été nommé par les Allemands *mal de saint Mervius;* par les habitants de Valence, les Catalans et les Arragonais, *mal de saint Sement;* par quelques-uns *mal de saint Job*, etc. » (*Loc. cit.*, p. 13.)

(1) Cité par Astruc. *Traité des maladies vénériennes*, trad. de Louis, 4 vol. in-12, 4e édit. Paris, 1777, t. I, p. 105.

(2) *Ibid.*, p. 107.

En 1530, un médecin-poëte, Jérôme Fracastor, publia un poëme en trois livres sur la maladie nouvelle qu'il appela *syphilis* (1). Cette dénomination ne prévalut pas cependant, car tous les auteurs postérieurs à Fracastor continuèrent à la désigner sous le nom de *maladie vénérienne* ou sous celui de *mal français* (2).

« Cette dénomination de mal français avait tellement pris faveur, dit Astruc, que Jacques de Bethencourt et Denis Fontanon, qui, parmi les Français, ont écrit les premiers sur cette maladie, furent contraints de s'en servir, et de céder, pour ainsi dire, à l'injure. Mais, dans la suite, les médecins français, indignés de l'outrage fait à la nation, crurent qu'il était de leur devoir non-seulement de repousser un opprobre si mal fondé, mais de le rejeter sur les premiers auteurs de la maladie. De là vient que Guillaume Rondelet l'appelle si souvent le mal italien, et Antoine Lecoq et Jean Ferrier mal espagnol. Mais enfin Jean Fernel, pour ne pas animer les haines nationales par des disputes frivoles, jugea à propos d'inventer le nom de *mal vénérien*, qui n'offense personne, et est très-convenable pour signifier la maladie qu'on contracte par le plaisir de l'amour..... En sorte qu'il y a déjà longtemps que cette maladie n'a point d'autre nom dans les écrits des médecins que celui de mal vénérien. » (*Ouv. cité*, t. I, p. 17.) (3).

Il est incontestable qu'aujourd'hui encore l'acte vénérien est le *précédent* le plus ordinaire de la maladie qui nous occupe, et il semble que la dénomination de *maladie vénérienne* est celle qui convient le mieux pour la désigner. Mais, il faut bien le remarquer, les rapprochements sexuels peuvent donner lieu à plusieurs affections différentes ou distinctes du *morbus Gallicus* des premiers syphiliographes. Il y a donc un inconvénient réel à confondre ainsi sous une même dénomination, celle de maladie vénérienne, des maladies dont la cause est essentiellement différente, bien qu'elles aient un antécédent commun, les rapports sexuels, et un même siége, les organes génitaux.

La dénomination de *syphilis*, créée par Fracastor, et appliquée par lui à la maladie épidémique du XV[e] siècle, nous semble donc plus convenable : n'ayant pas de signification, elle ne préjuge rien, ni sur l'origine,

(1) Hier. Fracastorii. *Syphilidis, sive morbi Gallici*, libri tres, Vérone, 1530.

(2) Il faut en effet, arriver jusqu'au commencement de notre siècle pour voir le mot *syphilis*, se substituer à celui de *vérole*, et servir de titre à quelques écrits sur le *morbus Gallicus* des premiers syphiliographes.

(3) L'assertion d'Astruc relativement à la dénomination de *maladie vénérienne*, qu'il attribue à Fernel (1548), manque d'exactitude. Cette dénomination avait été employée plus de vingt ans avant Fernel par Jacques de Bethencourt. Ainsi, dans le chapitre I[er] de son livre qui a pour titre : *Nova pœnitentialis quadragesima necnon purgatorium in morbum Gallicum sive* venereum (1527), Bethencourt, rappelant les différents noms imposés à la maladie nouvelle, dit qu'il serait plus convenable, eu égard à sa cause, de l'appeler *maladie vénérienne* : « *A causâ quod subjungit ille, maxime meo judicio fieri debet* venereum *merito dici morbum.* »

ni sur les modes de transmission de la maladie, qu'elle désigne conventionnellement (1). Cette dénomination est celle qu'ont adoptée les nosologistes (Sauvages, Cullen, Pinel, Bouillaud), et avec eux plusieurs syphiliographes (Turner, Swediaur, Petit-Radel, Lagneau, Plisson, etc.). A leur exemple, nous la prenons pour désigner la maladie décrite sous des noms si divers par les médecins contemporains de Charles VIII.

Mais, dira-t-on, cette maladie contagieuse, que les pathologistes désignent aujourd'hui sous le nom de *syphilis*, ou sous celui de *maladie vénérienne*, est-elle bien cette affection décrite par les médecins de la fin du XVe siècle, sous la dénomination de *mal français*, *mal de Naples*, *grosse vérole*, etc. — Sans doute, le tableau que les premiers syphiliographes nous ont laissé du *morbus Gallicus* est tel, qu'il est difficile d'y reconnaître de prime abord la maladie que nous appelons aujourd'hui la *syphilis* : voici pourquoi. Les descriptions des premiers syphiliographes portent sur les formes les plus graves de la maladie vénérienne, formes les plus communes à leur époque, rares et exceptionnelles aujourd'hui. — Cependant ces formes graves se manifestent encore de nos jours, et les symptômes et les lésions qui les caractérisent sont si bien ceux qui ont été décrits par les premiers *historiens* de la syphilis, qu'il nous paraît impossible d'élever un doute sur l'identité du *morbus Gallicus* des médecins de la renaissance, avec la maladie syphilitique telle que nous l'observons actuellement (2).

La syphilis est incontestablement une des maladies sur lesquelles on a le plus écrit. Les titres seuls des livres ou des mémoires publiés sur cette maladie depuis 1495 jusqu'à nos jours forment la matière de plusieurs volumes.

Dans tous les traités généraux, l'histoire de la maladie syphilitique précède sa description. Rien ne semble plus logique, en effet, que de se demander tout d'abord quelle est cette maladie dont on commence l'exposition ? — d'où elle vient ? — à quelle époque elle s'est manifestée pour la première fois en Europe ? — Si elle était connue des anciens médecins, ou s'il faut la considérer comme une maladie moderne, etc. ? Ces différentes questions, il faut le remarquer, ne se rattachent qu'à un seul point, le moins important et le plus obscur de l'histoire de la syphilis, celui de l'origine ancienne ou moderne de la maladie. Sans doute, on peut les traiter avant d'aborder la description de la maladie syphilitique ; mais, en procédant ainsi, les syphiliographes réduisent presque toujours l'histoire de la syphilis à cette seule question de son origine ancienne ou moderne. Ils négligent ou ils oublient ce qui nous paraît être véritablement utile et

(1) Pour le plus grand nombre des syphiliographes, le mot *syphilis*, créé par Fracastor, aurait pour étymologie les mots grecs σύς, porc, et φιλία, amour.

(2) Nous reviendrons sur cette question à propos de l'historique de la syphilis.

pratique dans l'histoire de la syphilis,—l'étude des changements ou des modifications de forme et d'aspect que cette maladie a pu subir depuis son apparition en Europe jusqu'à nos jours.

Nous ne prétendons pas résoudre toutes ces questions, mais il nous semble que leur discussion n'est pas possible sans la connaissance de la maladie à laquelle elles se rapportent. Nous trouvons donc qu'il y a utilité, et même nécessité de faire précéder l'histoire de la syphilis, histoire dont nous reconnaissons toute l'importance, de l'étude de la maladie elle-même. — Nous nous sommes donc décidé à enfreindre l'ordre suivi jusqu'à présent dans la description de la maladie syphilitique, en exposant cette maladie avant d'en faire l'historique.

CHAPITRE II.

DE LA CAUSE DE LA SYPHILIS, OU DU VIRUS SYPHILITIQUE.

L'observation et l'expérience nous apprennent que la syphilis ne se développe pas spontanément chez l'homme. Nous savons aussi que cette maladie ne se manifeste jamais sous la forme épidémique, et qu'elle est toujours le résultat d'une contagion, c'est-à-dire d'une transmission de la maladie d'un individu qui en est atteint à un individu sain.

La syphilis est donc une maladie contagieuse non épidémique.

Les maladies contagieuses sont justement considérées comme étant produites par des causes ou des agents particuliers. La syphilis, différant des autres maladies contagieuses, est donc la manifestation d'une cause pathogénique spéciale, c'est-à-dire d'un agent de contagion différent de ceux des autres maladies transmissibles.

Cette cause de la syphilis a reçu le nom de *virus syphilitique*.

Le temps des discussions sur l'existence ou la non-existence d'une cause spéciale de la syphilis est heureusement passé, et les progrès de l'esprit philosophique parmi les médecins de tous les pays nous font penser que ces stériles débats ne se produiront plus. — L'existence de la syphilis, c'est-à-dire d'une maladie contagieuse, constituée par un groupe distinct de lésions et de symptômes, n'implique-t-elle pas l'existence d'une cause pathogénique spéciale ou distincte? Et, si l'on a appelé cette cause un *virus*, c'est parce que son mode d'action, c'est-à-dire ses effets, sont analogues aux effets d'autres causes morbides auxquelles on a imposé cette même dénomination de virus.

Les médecins de la fin du xve siècle, qui, les premiers, ont observé et

décrit la syphilis, rapportent que cette maladie avait le caractère épidémique : non-seulement elle se communiquait, disent-ils, d'un individu malade à un individu sain par le contact, mais on la voyait se développer en dehors de toute contagion, par infection miasmatique. Aussi la comparent-ils à une peste : « *Hæc pestis... morbus gallicus mundi nova pestis* (Alex. Benedictus), *pustulæ epidemicæ* (Marcellus Cumanus). *Et credo hac tempestate aliqualem infectionem aeris concurrere* (Seb. Aquilianus). »

Il ne faut donc pas être surpris de voir ces premiers observateurs rapporter la cause d'une maladie qu'ils croyaient être épidémique, à des influences sidérales, à la conjonction des planètes, aux éclipses du soleil et de la lune, et même la faire remonter jusqu'à la colère divine : « *Nostris temporibus fœdus morbus invasit mortales, sive voluntate divina, nostris ita exigentibus meritis, seu astrorum influentia iniquoque Saturni radio id acciderit, judicare non est facile* (1).

Il est bon de rappeler que cette interprétation du développement de la syphilis par l'influence des astres était surtout celle des astrologues et des théologiens du temps plutôt que des médecins : ceux-ci se contentaient de dire que la cause de cette maladie étant occulte et inconnue, nous devions nous borner à l'étudier dans ses effets. « *Sed quoniam de his causis non curat multum medicus, ut medicus, sed potius de causa intrinseca corporali, ad cujus remotionem morbus tollitur, ideo de ista persequar* (2). » — « Délaissons à ceulx qui suyvent la profession d'astrologie, l'inquisition de la concurrence des planettes infortunées, aussi les éclipses qui furent lorsque premièrement telle maladie apparust (3). »

Ainsi, suivant les médecins qui les premiers ont décrit la syphilis, cette maladie devait son existence à l'action d'une cause occulte agissant sur notre organisme, comme le font toutes les causes des maladies épidémiques, c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'air ; — cette cause donnait lieu à des troubles fonctionnels et à des lésions particulières, lésions dont les sécrétions jouissaient de la funeste propriété de reproduire la même maladie chez un individu sain. — Suivant eux, le virus proprement dit était donc distinct de la cause première à laquelle ils rattachaient la naissance ou la formation de la maladie syphilitique : ils considéraient le virus comme étant le résultat d'un travail morbide déterminé dans notre orga-

(1) Jean Widman, *Tract. de pustulis*, 1497 (in Gruner, p. 47).

Le savant Rosenbaum, rappelant cette croyance des premiers syphiliographes, relative à la colère divine, dit : « De quelque valeur que soit cette opinion, elle est encore plus admissible que celle qui attribuait la maladie à l'empoisonnement des fontaines et du vin (Cæsalpinus), au mélange de la farine avec du plâtre (Fallopio), ou même à la chair humaine qu'on aurait mangée (Fioravanti). » (*Histoire de la syphilis dans l'antiquité*, p. 30, trad. de Jos. Santlus, Bruxelles, 1847.)

(2) J. Widman, *ibid.*, p, 48.

(3) Thierry de Héry, *la Méthode curatoire de la maladie vénérienne*, etc. Paris, 1552, p. 16.

nisme par cette cause occulte. Ils disaient : Une cause inconnue, sidérale ou divine, a donné naissance à la maladie nouvelle ; une cause matérielle (*causa corporalis*), un virus, en est le résultat, et c'est à ce virus que la maladie doit sa propriété de contagion.

Il est digne de remarque que les premiers syphiliographes employèrent peu le mot *virus* pour désigner la cause de la syphilis ; il faut arriver jusqu'à l'époque de Fernel (1548) pour voir l'emploi de ce mot se vulgariser et servir à dénommer la cause ou l'agent de transmission de la syphilis.—A cette époque, la question de l'origine ou de la formation de la maladie syphilitique, qui avait dû si naturellement préoccuper les premiers témoins de l'apparition de la syphilis en Europe, cessa d'être agitée par les pathologistes. Ne voyant plus cette maladie se manifester sous la forme épidémique, ils comprirent plus facilement le mode d'action de sa cause, et ils ne songèrent plus à rechercher cette cause dans les influences sidérales, dans les altérations ou les viciations de l'air, etc. ; ils la trouvaient en quelque sorte incluse dans les lésions syphilitiques, puisque ces lésions étaient contagieuses. C'est alors qu'ils appelèrent cette cause un poison, un virus, qu'ils comparèrent aux poisons minéraux ou végétaux et aux venins de certains animaux.

C'est aussi dans ce même temps où les idées de propagation de la maladie par contagion remplaçaient les premières opinions sur la transmission épidémique, que l'on songea à rapporter le développement de la syphilis à certaines conditions dans les rapprochements sexuels (coït entre un lépreux et une femme publique), ou à des actes de bestialité.

La cause de la syphilis ainsi dégagée de cette première inconnue, — son origine divine ou sidérale, — la maladie échappa à la compétence des théologiens, des astrologues et des astronomes, et fut classée par les médecins dans l'ordre des maladies contagieuses virulentes : elle prit rang dans le cadre nosologique à côté de la rage, de la variole, etc.

Ainsi, voyons-nous Fernel affirmer que la maladie vénérienne n'est pas épidémique, mais seulement contagieuse : « *Solo concubitu aut alio impure contactu contrahendus...* » que son virus, « *luis veneræ virus* » n'agit qu'autant qu'il a été préalablement déposé sur quelque point du tégument dont l'épiderme a été enlevé ou lacéré. — Il distrait donc la syphilis de la classe des maladies pestilentielles, c'est-à-dire de celles dont les causes, ayant l'air pour véhicule, nous infectent par la respiration, « *halitu nos feriunt*, » pour la placer dans le groupe des maladies inoculées, maladies dont la rage du chien, les affections produites par les animaux venimeux, les flèches empoisonnées, etc., lui fournissent des exemples (1).

Quant à la cause elle-même de la syphilis (*lues venerea*), voici ce qu'en

(1) Le court paragraphe dans lequel Fernel décrit le genre d'affections auxquelles il ratta-

disait Fernel dans sa *Pathologie :* « La cause qui la produit est une qualité maligne et un venin pernicieux qui infecte quelque partie du corps que ce soit, à laquelle il s'attache premièrement, et de là se répand par tout le corps, et, procédant de peu et comme d'une étincelle, va croissant et gagnant peu à peu, tant qu'elle ait atteint et infecté, non-seulement les esprits et les humeurs, mais aussi la chair et toutes les parties solides dont elle ne pervertit pas seulement le tempérament mais aussi toute la substance, de sorte qu'à peine y en a-t-il aucune qui jouisse, peu après, d'un aliment bon et pur (1). »

Les médecins de tous les pays qui ont écrit sur la syphilis, avant et après Fernel, ont toujours admis que cette maladie était produite par une cause spéciale, différente et distincte de toutes les autres causes pathogéniques, et ils fondaient leur opinion sur la spécificité des lésions qui caractérisent cette maladie, et aussi sur la spécificité de certains médicaments employés pour la combattre. Ainsi Thierry de Hery faisait remarquer que la vérole ne pouvait être attribuée à aucune des causes des maladies générales admises par Galien, ni être guérie par les médicaments qui guérissent ces maladies : « Puis donc, que par tous remèdes communs et propres à la curation de ces trois genres de maladies (intempéries, incommodérations ou mal compositions, solutions de continuité), elle ne peult être curée, il fault confesser qu'il y a un propre et je ne sçay quoy qui ne se peult bonnement dire (sauf meilleur iugement que le mien) que nous dirons être un quatriesme genre de maladie, et tout ainsi comme il est occulte et caché, il a besoing, pour l'ablation et curation de soy (oultre les choses communes) de quelque médicament alexipharmac, opérant par propriété spécifique et occulte. » (*Ouv. cité*, p. 9.)

Mais, il faut bien le dire, l'extrême désir de connaître cette cause, et

che la syphilis, celui des maladies virulentes, nous paraît trop remarquable pour ne pas le citer en entier :

« *Quod autem venenum contactu ferit, minus efficax est* (il vient de parler de l'infection miasmatique), *neque in solo spiritu vel in aere, sed in humore quodam provehente vires habet. Hoc vero cum in partem cute nudatam insederit contactu quidem eam primum, dein vero proximas reliquumque corpus omne consecutione quadam inquinabit. Non enim rabidi canis halitus solum contagione quempiam polluit, at in partem de morsu apertam vel humor vel saliva eructatur, cum quo virus illinc sensim in omne corpus evadit. In integram vero cutim si inciderit, nihil efficit. Epidermis enim densa cum sit atque valida, horum hebetiorum et crassiorum venenorum substantiam altius penetrare non sinit, nisi vel scindatur, vel dilaceretur. Sic enim bestiarum, quæ virus ejaculantur, venenum provehente ducitur humore. Sic sagittarum venenatarum, sic elephantiasis aut luis venereæ virus, non inspiratu, sed humore, in quamvis partem cute nudam defixio, sensim prorepit in omne corpus* (a). »

(1) Fernel, *Pathologie*, liv. VI, ch. XX, p. 525, mis en français par A. D. M. 2e édit., Paris, 1660.

(a) Jean Fernel, *De luis venereæ curatione perfectissima liber* (in Gruner, *Aphrodisiacus*, etc., p. 142).

le besoin de donner une explication de son mode d'action, poussèrent les médecins du XVIe et du XVIIe siècle aux plus étranges suppositions. — Les uns voyaient dans cette cause un ferment ou un acide particulier, coagulant et épaississant la lymphe ou corrodant nos tissus ; — d'autres allaient jusqu'à penser que la maladie devait son existence à l'action d'animalcules particuliers se reproduisant dans notre organisme. « Je crois, disait Deidier, que le virus vénérien n'est autre chose que de petits vers vivants qui produisent des œufs en s'accouplant, et qui peuvent aisément se multiplier comme font tous les insectes. Ces *vers vénériens* éclos en engendrent d'autres, et c'est de là que l'on peut conjecturer la propagation du virus vénérien... Ils produisent ou entretiennent toutes sortes de maux vénériens, non par leur morsure, ni par leur érosion, mais par les obstructions qu'ils causent dans les parties où ils se ramassent et où ils laissent leurs œufs entassés (1). »

Or, il arriva que les hypothèses émises sur la cause de la syphilis ne pouvant plus se soutenir en présence des procédés plus rigoureux d'analyse introduits en médecine au commencement de ce siècle, cette spécificité fut méconnue et rejetée. — Ainsi en 1811 un auteur anonyme publiait un livre sur la *non-existence de la maladie vénérienne*, où il concluait « que la vérole n'est autre chose que l'assemblage des différentes maladies reconnaissant différentes causes ; que cet assemblage est l'ouvrage des médecins et n'existe point dans la nature (2). »

Un peu plus tard l'école de Broussais, représentée en syphiliologie par MM. Richond des Brus, Devergie aîné, Jourdan, Dubled, Desruelles, etc., fit tous ses efforts pour démontrer que la syphilis ne devait pas son existence à l'action d'une cause spécifique ou à un virus, comme on l'admettait généralement, et que le traitement de cette maladie ne devait différer en rien de celui de toutes les autres affections. « La doctrine du virus vénérien, écrivait Jourdan, est un chaos inextricable de contradictions, de subterfuges, de restrictions, un mélange bizarre de théories humorales, chimiques et organiques qui ont dominé tour à tour la médecine. Il me paraît qu'on peut conclure et poser en principe : 1° que le virus vénérien n'existe pas ; 2° que les maladies vénériennes primitives sont le produit de l'irritation causée en premier lieu, sur les surfaces vivantes, par le pus que sécrètent les membranes muqueuses génitales enflammées ou ulcérées ; 3° que les affections secondaires dépendent de la sympathie qui existe entre toutes les parties de l'organisme, et qui n'est la même ni chez tous les sujets, ni entre tous les organes, ni dans toutes les circonstances de la vie ; 4° qu'aucune de ces maladies n'est héréditaire (3). »

(1) *Dissertation médicinale sur les maladies vénériennes*, 7e édit. 1750, p. 13 et suiv.
(2) *Sur la non-existence de la maladie vénérienne*, etc. Paris et Strasbourg, 1811, 179 pag.
(3) A. J. L. Jourdan, *Traité complet des maladies vénériennes*. Paris, 1828, t. I, p. 430.

Cependant cette opinion des disciples de l'illustre Broussais sur la non-existence du virus syphilitique ne prévalut pas parmi les médecins contemporains. Aussi, lorsqu'en 1835, les membres de la Société de médecine de Nantes prirent la résolution de proposer aux Sociétés médicales de France « de vouloir bien seconder leurs vues en soumettant à une discussion verbale ou écrite les questions qui se rattachent à l'existence ou à la non-existence d'un virus syphilitique, » les médecins consultés déclarèrent à la presque unanimité que la syphilis est produite par un virus spécial (1). — Cette opinion était d'ailleurs celle que soutenaient MM. Lagneau, Cullerier, Capuron, Plisson, Gibert, Championnière, etc.

L'existence de la cause de la syphilis étant reconnue et admise, l'étude de cette cause devrait précéder la description de ses effets. — En quoi consiste l'agent de propagation de la vérole? — Quelle est la composition chimique du liquide particulier qui constitue son virus? — En quoi ce virus diffère-t-il des autres agents pathogéniques, et en particulier des virus de la morve, de la variole, de la vaccine, etc. ?

Ces questions, toutes afférentes à la nature intime, à la constitution et à la composition du virus syphilitique, attendent une solution : le virus syphilitique est aussi inconnu que toutes les autres causes des maladies contagieuses virulentes. Nos connaissances sur les virus sont aujourd'hui aussi peu avancées qu'elles l'étaient au moment où se manifesta la syphilis en Europe. Trois siècles et demi d'incessantes recherches n'ont produit que de vagues suppositions ou de futiles hypothèses sur ce point, et nous en sommes encore à dire avec Fernel que la cause de la syphilis, malheureusement trop réelle dans ses pernicieux effets, échappe à notre observation, car nous ne pouvons la séparer ou l'isoler des liquides qui lui servent de support ou de véhicule : « *Efficiens luis venereæ causa sensus nostros effugiat, non simplex tamen et solitaria existit, sed in humore aut alio quovis corpore inhærescit, quo, ut subjecto quodam et vehiculo utitur.* » (*Loc. cit.*, p. 144.)

Ne pouvant connaître dans sa nature intime le virus de la syphilis, nous devons nous borner à constater et à étudier ses effets.

Une des propriétés les plus caractéristiques du virus de la syphilis est celle dont il jouit, comme tous les virus, de se multiplier dans ses transmissions successives d'un individu malade à un individu sain. Cette propriété de reproduction et de multiplication des virus est un de leurs caractères distinctifs. Il suffirait pour établir une démarcation profonde

(1) *Procès-verbaux des séances tenues par les médecins de Nantes pour discuter la valeur des doctrines nouvelles*, etc. Nantes, juillet 1835.

entre les virus et les venins ou les poisons. — Donnez quelle quantité vous voudrez de morphine, de strychnine, etc., à un individu, ces poisons agiront par leur propriété spécifique et en raison de la dose ingérée ; mais ils ne subiront pas dans l'organisme de cet individu ce mystérieux travail de reproduction et de multiplication particulier aux agents ou aux causes des maladies contagieuses. On peut en dire autant des venins, qui constituent de véritables poisons animaux, et agissent sur notre économie comme le font les poisons minéraux ou végétaux.

Les virus, au contraire, ne contaminent jamais un individu sans multiplier sur lui d'une façon véritablement prodigieuse. Nous avons tous les jours des exemples de ces générations virulentes chez les sujets atteints de la variole, de la vaccine, de la syphilis, etc. : une imperceptible quantité de liquide virulent, varioleux, vaccinal ou syphilitique, a suffi pour donner lieu au développement de la maladie chez ces malades, et chacun d'eux peut fournir des quantités considérables de ces mêmes virus, dont une parcelle seulement a suffi pour les contaminer. Une seule pustule varioleuse, un seul bouton vaccinal, un seul chancre syphilitique, etc., contiennent assez de virus pour propager et étendre la variole, la vaccine, la syphilis, etc., à l'espèce humaine tout entière. — Cette multiplication des virus chez les sujets soumis à leur influence nous permet de comprendre comment leur action est indépendante de leur quantité. Mais comment cette reproduction a-t-elle lieu, et quelles sont les sources du virus syphilitique?

Ce virus n'ayant pas encore été isolé, on n'a pu que conclure à son existence matérielle dans les produits de sécrétion ou dans les liquides dont l'inoculation (accidentelle ou artificielle) à un individu sain donnait lieu à la syphilis.

J. Hunter attribuait au chancre primitif et à la gonorrhée seulement la propriété de reproduire et de propager l'agent de transmission de la syphilis. Il refusait cette propriété aux lésions dites consécutives. — M. Ricord, plus exclusif que Hunter, a pendant longtemps reconnu au chancre seul la propriété de reproduire le virus et de propager la syphilis.

Il est incontestable que le chancre a la propriété de transmettre la syphilis : il doit donc être considéré comme étant une des lésions où s'élabore le virus syphilitique. Mais nous verrons les produits de sécrétion de quelques-unes des lésions consécutives ou constitutionnelles (papules muqueuses, ectyma, etc.) transmettre également la syphilis : nous devons donc conclure que le virus est inclus dans ces produits de sécrétion.

Les sécrétions normales (sueur, salive, sperme, lait, etc.) d'un individu atteint de la syphilis, peuvent-elles transmettre cette maladie? Contiennent-elles, comme les produits de sécrétion des lésions primitives et constitu-

tionnelles, l'agent de transmission auquel nous donnons le nom de *virus syphilitique*?

Jusqu'à une époque très-rapprochée de nous, les syphiliographes répondaient affirmativement à ces questions de la *virulence* des sécrétions normales des vérolés, et les exemples de transmission de la syphilis par la sueur, la salive, le sperme, le lait, etc., ne manquent dans aucun des traités généraux consacrés à cette maladie. — Sans vouloir nier absolument la *virulence* des sécrétions normales des malades atteints de la syphilis constitutionnelle, nous dirons qu'il n'est à notre connaissance aucun fait clinique ou expérimental pouvant nous autoriser à soutenir que les sécrétions d'un malade atteint de la syphilis contiennent la matière virulente que nous disons être la cause de cette maladie.

Mais les produits de sécrétion peuvent incontestablement servir de véhicule ou de support au virus en se mélangeant avec lui *après* leur formation. Et ce sont sans doute ces *mélanges* qui auront fait confondre la *virulence acquise* de ces mêmes sécrétions avec leur virulence *intrinsèque* ou *native*. — Supposons un malade atteint de lésions primitives ou d'affections consécutives des lèvres, de la langue, de l'isthme du gosier, etc. Il est bien évident que la salive de ce malade peut servir de véhicule aux sécrétions des lésions syphilitiques de la bouche, et communiquer la maladie à un individu sain, qui subira, *dans de certaines conditions*, l'action de cette salive. Ainsi, nous avons observé un malade chez lequel la syphilis a débuté par une lésion de la lèvre inférieure après une morsure qui lui fut faite par sa maîtresse, dans le temps où celle-ci était atteinte d'accidents secondaires buccaux. — Ce que nous disons de la salive est applicable à d'autres sécrétions.

Le sang des individus atteints de la syphilis constitutionnelle peut-il servir de support ou de véhicule au virus de la syphilis?

Cette question touche à l'un des points les plus inconnus, non-seulement de la syphiliologie, mais aussi de la pathologie générale, — l'*état du sang dans les maladies*.

Jusqu'à présent, les hématologistes n'ont étudié que les modifications qu s'opèrent dans la composition chimique du sang. Nous leur devons de précieux renseignements sur les changements qui se produisent dans les *proportions* des éléments constitutifs de ce liquide sous l'influence des maladies (anémie, chlorose, choléra, etc.). Mais ils ne nous ont rien appris encore sur les *qualités* de ces éléments et sur les états morbides dont ils peuvent être le siége.

Certains faits de transmission de la maladie syphilitique que nous aurons à étudier, et des expériences récentes (inoculations du sang des syphilitiques à des individus sains), ne permettent pas de mettre en doute la

propriété dont jouit le sang de communiquer la syphilis. — Nous reviendrons sur ces faits.

Le virus syphilitique peut être assimilé ou rapproché des agents de contagion du cow-pox, de la vaccine, de la morve, du charbon, etc. Comme ces virus, il n'agit pas à distance, par infection miasmatique ou par émanation. Il ne produit d'action qu'autant qu'il est mis en contact avec nos tissus.

Le virus syphilitique, comme les autres agents de transmission des maladies virulentes, peut être séparé et isolé des lésions où il se reproduit et se multiplie, sans perdre sa propriété de contagion. Qui ne sait, en effet, que l'on peut recueillir et conserver le virus syphilitique sur des plaques de verre, dans des tubes, etc., comme nous le faisons pour le virus-vaccin ? « Si l'on en croit quelques faits, dit Petit-Radel, il semblerait que ce virus peut rester quelque temps hors de l'organisme sans rien perdre de ses propriétés contaminantes ; en sorte que si l'on parvenait à découvrir l'utilité de son insertion comme préservatif de maladies plus graves, on pourrait le conserver pour l'inoculation (1). » — Et ailleurs : «Ce même délétère, pris d'un pus vérolique que fournissaient des chancres, desséché et conservé dans une boîte comme le variolique, inoculé longtemps après aux bras à l'aide d'une lancette, y a fait naître deux ulcères vénériens précédés de tous les symptômes de l'inoculation vérolique (2). »

Ces faits dont parle Petit-Radel sont aujourd'hui si nombreux, qu'il n'est plus possible de mettre en doute la propriété de conservation et d'inoculation ultérieure du virus syphilitique.

La possibilité d'isoler le virus syphilitique des lésions où il se produit, et la propriété dont il jouit, comme les autres virus, de se conserver avec toutes ses qualités, et cela pendant un certain temps, nous rendent bien compte des *contagions médiates* de la syphilis, contagions dont les syphiliographes de toutes les époques ont cité des exemples.

On dit que la transmission du virus syphilitique est *médiate* lorsqu'elle s'opère, non plus d'individu malade à individu sain, mais par l'intermédiaire de certains objets sur lesquels le virus a été déposé et s'est conservé. Ainsi, lorsque avec une lancette imprégnée du pus virulent d'un chancre, nous pratiquons une piqûre sur un point quelconque de la peau d'un individu sain, et que nous reproduisons un chancre, nous avons opéré, dans des conditions éminemment favorables, une contagion médiate.

(1) *Cours de maladies syphilitiques*, Paris, 1812, t. II, p. 186.
(2) *Ibid.*, t. I, p. 17.

Il est vrai de dire cependant que l'usage a en quelque sorte consacré à d'autres modes de transmission du virus syphilitique les expressions de *contagions médiates.* — On entend surtout désigner par ces mots les contagions qui se produisent accidentellement par l'intermédiaire d'objets souillés par le virus syphilitique. Jenner, parlant des individus qui avaient contracté le cow-pox pour avoir manié les ustensiles des laiteries dont se servaient les garçons de ferme atteints d'ulcères vaccineux aux mains, donnait, pour le virus-vaccin, un exemple très-remarquable de ces transmissions médiates des virus (1).

Les faits relatifs à la transmission médiate du virus syphilitique sont si nombreux dans les annales de la science, qu'il est peu de médecins aujourd'hui ne reconnaissant et n'admettant *le fait* de ces contagions, fait important à bien établir, car il a été et sera encore la source de plus d'une erreur en syphiliographie. Ainsi il pourrait faire croire, dans quelques cas, au développement spontané de la syphilis chez certains individus qui contractent cette maladie sans qu'il leur soit possible de se rendre compte de son origine et de son mode de communication, comme nous le voyons dans les deux observations suivantes :

Au commencement de l'année 1857, nous avons vu à notre dispensaire un ouvrier menuisier atteint d'une syphilis constitutionnelle récente, consécutive à un chancre siégeant sur la muqueuse de la paupière inférieure, vers l'angle externe de l'œil droit, chancre dont l'origine ou la provenance était inconnue du malade. Depuis quatre mois, nous a-t-il affirmé, il n'avait *touché* à aucune femme, et toutes nos questions n'aboutirent qu'à ce résultat, qu'il était impossible de comprendre l'existence de ce chancre de la paupière autrement qu'en admettant une contagion médiate.

L'année précédente (1856), il nous avait été donné d'observer une femme portant sur la caroncule lacrymale de l'œil gauche un chancre récent, que nous annonçâmes être un chancre infectant, c'est-à-dire un chancre qui serait suivi de lésions constitutionnelles, et après lequel, en effet, se manifesta une syphilide papuleuse. Eh bien! chez cette femme, comme chez le malade précédent, il nous fut impossible de nous rendre compte des conditions de contagion qui avaient précédé le chancre de l'œil. Les organes génitaux de cette malade, minutieusement explorés par nous, furent trouvés sains. — Son mari, examiné aussi par nous, n'était atteint d'aucune affection syphilitique.

La malade nous affirma qu'aucun acte, qu'aucune circonstance de son existence ne pouvaient lui venir en aide pour expliquer l'origine de son mal. Elle blanchissait et réparait des dentelles, des mouchoirs brodés et différents objets de toilette appartenant à des femmes galantes ; et elle avait peut-être, disait-elle, essuyé ses yeux avec l'un de ces objets ayant servi à une personne malade.

Ces faits ne sont-ils pas, relativement au virus syphilitique, la reproduction de ceux bien connus concernant la propagation de certains virus

(1) *Recherches sur les causes et les effets de la petite vérole des vaches.* Trad. de J. Laroque. Privas, 1804, p. 19.

(morve, charbon, etc.), dont on observe aussi parfois les pernicieux effets sans qu'il soit possible de se rendre compte de quelle source proviennent ces virus, et comment ils ont pu contaminer les malades qui subissent si manifestement leur action.

Dans d'autres circonstances plus fréquentes, on sait quels ont été les objets qui ont servi de médium ou de véhicule au virus syphilitique, et les annales de la science renferment de nombreux exemples de ces contagions médiates. Ainsi, Nicolas Massa (1532) rapporte qu'un homme contracta la syphilis pour avoir couché dans un lit dont les draps avaient servi à un malade portant un ulcère de la jambe : « *Curavi inter alios amicum meum qui per contactum linteaminum, in quibus dormierat quidam, qui habebat ulcus gallicum in crure, captus fuit et dormivit in illis per noctem unam tantum* (1). »

Fabrique de Hilden raconte « qu'une fille de distinction, âgée de quinze ans, assista à un bal de carnaval, où, par une licence qui passe la décence, les filles changèrent d'habits avec les garçons. Peu de temps après, elle fut trouvée atteinte d'un ulcère des organes génitaux....... » Ayant fait de plus amples informations, relativement au jeune homme dont elle avait revêtu les habits, on sut qu'il était gravement infecté de la vérole (2).

« Bell a vu un homme qui gagna la maladie pour avoir remis des caleçons dont il s'était servi trois mois avant, dans le temps qu'il avait de larges ulcères syphilitiques sur la verge et le scrotum, dont il avait été parfaitement guéri depuis. Il était tombé par hasard un peu de virus sur ses caleçons, mais il ne se le rappela qu'à l'époque où la maladie reparut sous la forme d'un large ulcère sur la partie supérieure de la verge, sans qu'il se fût exposé à être infecté d'une tout autre manière (3). »

Richerand cite le cas d'un marchand qui contracta cette maladie pour avoir mis entre ses lèvres une plume d'un commis qui la tenait habituellement à sa bouche (4).

Nous retrouverons, dans l'étude de la transmission de la syphilis par les accidents secondaires, des exemples analogues de contagion par des objets servant aux usages ordinaires.

Le virus syphilitique peut encore être déposé sur nos organes ou nos tissus (peau, muqueuses), y séjourner sans produire aucune action, car cette action nécessite, nous le verrons, certaines conditions qui peuvent ne pas exister, et ce virus servir ensuite à des contagions médiates analogues à celles dont les objets souillés de pus virulent viennent de nous

(1) *Nicolai Massæ de morbo gallico liber*. Luisinus, t. I, p. 41.
(2) Cité par Petit-Radel, t. II, p. 187.
(3) *Ibid.*, t. II, p. 186.
(4) L. Fournier, *Manuel de syphilixie*, 1817, p. 67.

fournir des exemples. — Les rapprochements sexuels sont fréquemment l'occasion de ce dépôt du virus syphilitique sur les organes génitaux.

Tous les syphiliographes ont noté que la contagion syphilitique n'était pas fatale dans l'acte génital ; qu'il arrivait souvent que, de plusieurs individus voyant dans le même temps une femme malade, il en était qui échappaient à la contagion, bien que toutes les conditions du rapprochement eussent été les mêmes. « Il y a bien longtemps, dit Nicolas de Blégny, qu'on a expérimenté qu'il est possible de demeurer sain après avoir eu la compagnie d'une personne impure..... On a vu bien des fois que, de trois ou quatre hommes qui ont vu une femme publique, quelques-uns ont été gâtés, sans que les autres aient eu de mal (1). »

De même un homme atteint d'un chancre du pénis ne contamine pas fatalement la femme avec laquelle il a des rapports sexuels même fréquents. Nous disons plus : il est des circonstances dans lesquelles cette contamination n'est pas possible, parce qu'elle nécessite, nous le démontrerons, des conditions idiosyncrasiques qui peuvent ne pas exister chez la femme qui participe à l'acte génital. — Or, dans tous ces cas où des individus ont subi un contact impur et restent sains, leurs organes peuvent retenir assez de matière virulente pour communiquer la maladie à une personne saine. Ces organes servent ainsi de *medium* ou d'intermédiaire à l'agent contagieux. « A peu près, dit M. le docteur Rollet, comme ces insectes qui, chargés d'un virus inoffensif pour eux, viennent inoculer à l'homme la pustule maligne (2). »

Ce que nous disons des organes génitanx est applicable à d'autres organes. Ainsi les doigts peuvent être, par des usages très-divers, souillés de pus virulent, et porter l'agent contagieux sur différentes régions du corps de celui à qui ils appartiennent ou sur d'autres personnes.

Tous les faits relatifs au dépôt du virus syphilitique et à sa conservation sur certains objets ou sur des organes qui deviennent ensuite les intermédiaires de la contagion virulente, démontrent amplement que l'agent de contagion de la syphilis peut produire des effets longtemps après avoir été séparé ou isolé des lésions qui l'ont sécrété.

Ces faits sont donc contraires à l'opinion des auteurs qui ont pensé que le virus syphilitique n'avait d'action qu'autant qu'il passait d'un individu à un autre, après un très-petit intervalle de temps, et il y a lieu de s'étonner qu'à une époque aussi rapprochée de nous, feu Cullerier ait écrit ce qui suit : « Nous croyons pouvoir assurer que le fluide qui sert de vé-

(1) *L'art de guérir les maladies vénériennes, expliqué par les principes de la nature et des mechaniques.* 3 vol., Paris, 1674 ; 3e édit. (1698), t. I, p. 110.

(2) *Des agents contagieux des maladies de la peau* (*Gazette médicale de Lyon,* 1855, p. 15).

hicule au virus doit être doué d'un degré de chaleur, d'une espèce de vie, qui conserve au virus la force de s'attacher au nouveau corps auquel il a été transmis..... Un verre, une cuiller, une pipe communs à plusieurs individus, peuvent être un intermédiaire de contagion; mais il est nécessaire que le contact ait eu lieu immédiatement de l'un à l'autre; que la pipe quittée de l'infecté ait été prise par un homme sain aussitôt après; que le verre passé au voisin n'ait pas été posé sur la table (1). »

Il est des pathologistes qui croient à l'affaiblissement de certains virus, et ils expliquent par cet affaiblissement la bénignité fréquente de quelques maladies contagieuses virulentes : la variole inoculée, la syphilis, etc.

Avant de mettre en question les altérations ou les modifications qu'aurait subies le virus syphilitique, il serait nécessaire d'établir que la maladie syphilitique elle-même a subi des modifications ou des changements.

Est-il donc vrai que la syphilis diffère aujourd'hui de ce qu'elle était au moment de sa première manifestation en Europe, vers 1495?

Si, par ce mot *différer*, on veut dire que la maladie syphilitique est aujourd'hui une maladie différente de la maladie décrite pour la première fois dans son ensemble vers la fin du xve siècle, nous répondrons : Non, la syphilis, telle que nous l'observons aujourd'hui, ne diffère pas essentiellement de la syphilis au xve siècle. Nous retrouvons aujourd'hui toutes les formes morbides dont les descriptions nous ont été données par les premiers syphiliographes : — accidents primitifs des organes génitaux; — lésions consécutives de la peau et des membranes muqueuses (exanthèmes, pustules, ulcérations, etc.); — affection du tissu cellulaire et des muscles; des tissus osseux et fibreux; lésions profondes des organes parenchymateux (foie, cœur, poumon, larynx, etc.); et dans quelques cas rares, enfin, nous observons cet état général grave appelé *cachexie*, qui précède et annonce la mort des malades.

Ce qui différencie la syphilis de notre temps de celle décrite par les médecins de la renaissance, c'est : — 1° la fréquence des formes bénignes de la maladie, et la rareté des formes graves; — 2° la facilité avec laquelle la maladie obéit aux traitements employés pour la combattre, et la fréquence des guérisons spontanées.

Quelle interprétation faut-il donner de ces faits? — Faut-il attribuer les changements que présente la maladie syphilitique à un changement intrinsèque de sa cause, — à un affaiblissement de son virus? Ou bien cet affaiblissement de la maladie est-il dû à d'autres causes secondaires et à d'autres influences?

Si les moyens d'investigation dont nous disposons dans l'étude des sciences physiques nous avaient fait connaître la composition du virus

(1) *Dictionnaire des sciences méd.*, t. LIV (1821), p. 115.

syphilitique, ces mêmes moyens nous permettraient de résoudre cette question ; nous pourrions constater si le virus est resté le même, ou bien s'il a subi des modifications dans sa composition, etc. Notre ignorance, en ce qui concerne la nature des virus et leur constitution normale, s'étend aux modifications qu'ils peuvent subir, et sur ce point particulier de leur étude, l'observation nous faisant défaut, nous sommes réduits aux conjectures ou aux hypothèses. Or on peut comprendre ou interpréter les modifications dans les formes de la syphilis sans admettre des changements dans la composition de son virus.

Sans doute, l'interprétation des faits relatifs aux modifications de la maladie syphilitique qui se présente la première à l'esprit, est celle qui consiste à admettre que le virus a subi des changements dans sa composition « à force de passer par différents corps, » comme le dit Laurent Joubert, « à peu près comme un vin trop fort, qui étant coulé deux ou trois fois par une chausse, suivant la méthode des anciens, perd de sa force » (Alexandre Trajan Petronio). Mais d'abord rien ne prouve cette altération du virus, et plusieurs objections se présentent pour combattre cette opinion : 1° Les changements ou les modifications que subissent les maladies peuvent dépendre des conditions ou des milieux où elles se produisent. Il est donc possible, *à priori*, de comprendre des modifications dans les symptômes et les lésions de la syphilis, sans admettre les changements dans la composition de son virus, l'état constitutionnel des individus qui subissent son action, ainsi que d'autres circonstances, pouvant rendre compte de ces différences.

2° Si le virus syphilitique avait subi les modifications profondes que l'on suppose, comment expliquer les cas graves que nous observons encore aujourd'hui, et qui reproduisent si bien les types décrits par les premiers syphiliographes? — Un virus modifié et affaibli par ses innombrables transmissions pendant plus de trois siècles et demi produirait-il de nos jours les mêmes effets, c'est-à-dire les mêmes altérations organiques et les mêmes symptômes qu'aux temps de sa plus grande *force?* Nous ne le pensons pas.

Une autre considération, qui est la suivante, milite puissamment, suivant nous, en faveur de l'identité du virus ancien et du virus moderne. Lorsque la syphilis, de nos jours encore, frappe pour la première fois une nation ou une population, la maladie se présente, dans la plupart des cas, dans ses formes les plus graves, et reproduit les lésions nombreuses et profondes dont on trouve la description dans les premiers traités de la syphilis. Ainsi, vers la fin du siècle dernier (1780), au Canada, et particulièrement à la baie de Saint-Paul, une maladie que l'on considère avec raison avoir été la syphilis, sévit avec une extrême violence, et en lisant

la relation qui en a été donnée par plusieurs auteurs, on croit assister à l'épidémie du XVe siècle.

Ce qui arrivait au Canada en 1780 se produisait en Illyrie au commencement de ce siècle. — Le *mal de Fiume*, ou le *scherlievo*, est-il autre chose, en effet, que la syphilis envahissant un pays nouveau et s'y produisant dans ses formes les plus graves?

Cette intensité de la syphilis au Canada, et dans les provinces illyriennes en 1800, n'est pas un fait isolé; il en existe plusieurs autres exemples dans la science, et nous aurions pu ne pas aller les chercher si loin.

En France, en 1816, un jeune paysan, François Gondey, retenu pendant trois jours dans un corps de garde, y contracta une affection ulcéreuse de la lèvre en buvant dans le même verre qu'un soldat atteint « d'une maladie aux lèvres. » — Revenu dans son village, à Chavanne (Haute-Saône), Gondey communiqua sa maladie à des enfants en bas âge, à des adultes. Ceux-là la transmirent à d'autres individus, et en peu de temps un assez grand nombre de personnes furent atteintes d'une maladie grave qui fut méconnue précisément à cause de l'intensité de ses symptômes. On l'appela le *mal de Chavanne;* mal qui n'était autre que la syphilis; et sur lequel ne se méprit pas un ancien chirurgien militaire de la localité (1).

En résumé, en considérant la gravité de la syphilis chez certains individus, et l'intensité de cette maladie lorsqu'elle sévit sur les populations jusque-là exemptes de cette contagion, on est obligé, ce nous semble, de conclure que le virus syphilitique n'a pas subi de changements dans sa composition, et que l'adoucissement dans les symptômes de la maladie tient à d'autres conditions dont nous aurons à nous occuper.

CHAPITRE III.

DES DIFFÉRENTS MODES DE TRANSMISSION DE LA SYPHILIS.

Nous savons que le virus syphilitique n'agit pas par émanation comme le font les agents de contagion des maladies contagieuses miasmatiques (rougeole, scarlatine, etc.). S'il en était autrement, nous verrions la syphilis se propager par infection, c'est-à-dire sans contact, par l'intermédiaire de l'air, et la maladie pourrait revêtir le caractère épidémique. Or, nous le répétons, l'expérience de tous les jours nous apprend qu'en dehors du contact direct entre un individu atteint de la syphilis, et un individu

(1) Flamand (de Lure), *Journal complémentaire du Dict. des sciences méd.*, t. V, p. 134.

sain, il n'y a pas de transmission possible de cette maladie. — Le seul fait de la non-contamination des individus vivant au milieu des vérolés, et n'ayant avec eux que de simples rapports de voisinage, comme on le voit dans un hôpital ou dans une salle de vénériens, suffirait à la démonstration de cette proposition d'ailleurs incontestée.

Le mode de transmission de la syphilis le plus fréquent est celui qui consiste dans le dépôt ou l'insertion de son virus sur un point de la peau ou des membranes muqueuses accessibles d'un individu sain, quelle que soit d'ailleurs la source ou la provenance de l'agent contagieux. Il se produit sur le point contaminé une affection *sui generis*, à laquelle on a donné le nom de *chancre primitif*, etc.

Cette lésion initiale, ce premier effet *appréciable* de l'action du virus sur l'individu contagionné pouvant être comparé à la pustule d'inoculation de la variole inoculée, au bouton vaccinal, etc., ce mode de transmission de la syphilis a été désigné sous le nom de *contagion par inoculation : syphilis inoculée.*

L'inoculation n'est pas le seul mode de transmission de la maladie syphilitique. Il est d'observation que les enfants des individus atteints de la syphilis constitutionnelle présentent souvent en naissant, ou peu de temps après leur naissance, quelques-unes des lésions qui caractérisent la syphilis. Or, dans ce cas, la transmission de la maladie n'a pas lieu par inoculation ; la syphilis ne débute pas chez ces enfants par une lésion de la peau ou des membranes muqueuses, par un chancre : elle est constitutionnelle ou générale d'emblée.

Ce mode de propagation ou de transmission de la syphilis des parents malades aux enfants qu'ils engendrent pendant leur état de maladie, a reçu le nom de *transmission héréditaire : syphilis héréditaire.*

Le caractère distinctif de la *syphilis héréditaire* est donc d'être précédée, chez celui qui en est atteint, de la syphilis constitutionnelle chez l'un de ses auteurs.

Il est enfin un autre mode de transmission de la syphilis, différent de l'inoculation et de la transmission héréditaire. Ainsi, une femme saine, fécondée par un homme sain, peut contracter la syphilis constitutionnelle pendant sa grossesse, et communiquer la maladie à son fœtus. Ce fait n'est mis en doute par aucun médecin.

Quel que soit le mode de contamination du fœtus dans ce cas, il est bien évident qu'il ne s'agit pas là d'une syphilis transmise par inoculation. Ce n'est pas non plus un cas de syphilis héréditaire proprement dite, puisque la maladie de la mère est postérieure à la conception. Il faut donc

considérer cette syphilis du fœtus comme étant une syphilis *acquise* par lui à une époque plus ou moins avancée de son développement, et résultant de son contact avec la mère malade.

D'un autre côté, un fœtus atteint de syphilis héréditaire *paternelle* peut infecter sa mère pendant la vie intra-utérine. Nous démontrerons plus loin la réalité de ce mode de transmission de la syphilis déjà admis par quelques médecins. — Il est de toute évidence encore que la syphilis contractée par la mère, dans ces conditions particulières de gestation d'un fœtus syphilitique, ne peut être rattachée ni à la contagion par inoculation, ni à la transmission héréditaire.

Nous désignerons sous le nom de contagion par *inosculation* ce mode de communication de la syphilis, dont l'infection du fœtus par la mère, et l'infection de la mère par le fœtus atteint de syphilis héréditaire paternelle, nous fournissent des exemples.

Ainsi, la maladie syphilitique se transmet ou se propage d'un individu à un autre : 1° *par inoculation;* — 2° *par hérédité;* — 3° *par inosculation.* — Nous étudierons séparément chacun de ces différents modes de transmission de la syphilis.

La syphilis peut-elle être transmise aux animaux? — L'étude de cette question est d'un grand intérêt : nous voulons tout de suite le mettre en évidence.

La pathologie, lorsqu'elle a l'homme pour objet, est singulièment entravée dans ses progrès par l'impossibilité où nous sommes d'instituer des expériences, c'est-à-dire, d'employer une méthode scientifique analogue à celle si avantageusement suivie par les Hunter, les Spallanzani, les Bichat, les Ch. Bell, les Legallois, les Magendie, etc. , dans l'étude des faits physiologiques, expériences qui nous permettraient d'évoquer à notre gré et d'étudier à loisir les faits pathologiques.

S'il nous était possible de suppléer à l'expérimentation sur l'homme par l'expérimentation sur les animaux, il est incontestable que nous en tirerions quelques lumières. Ainsi, si nous pouvions inoculer la syphilis aux animaux, il est permis de penser que maintes questions relatives à la pathologie et à la thérapeutique de cette maladie seraient élucidées par ces inoculations.

Hunter en avait sans doute jugé ainsi, car il fit tous ses efforts pour transmettre la syphilis aux animaux, sans toutefois avoir pu y réussir.

« On ne connaît aucun autre animal que l'homme, a écrit Hunter, qui soit susceptible de l'irritation vénérienne, car des essais répétés ont démontré qu'il est impossible de la communiquer à un chien, à une chienne, à un âne. Il m'est arrivé *souvent* de tremper de la charpie dans le pus

d'une gonorrhée, d'un chancre ou d'un bubon, et de l'introduire dans le vagin d'une chienne, sans produire aucun effet. J'ai fait la même expérience sur des ânesses, sans plus de résultat. J'ai placé inutilement aussi de la charpie imbibée du même pus sous le prépuce chez des chiens; *j'ai même pratiqué des incisions*, afin de porter le pus au-dessous de la peau, et il n'en est résulté qu'une plaie ordinaire. J'ai fait aussi cette dernière expérience sur des ânes, et je n'ai rien pu obtenir. » (*Ouvrage cité*, p. 58.)

Ces tentatives de transmission de la syphilis aux animaux ont été répétées, sans plus de succès, en Angleterre par Turnbull, en France par MM. Ricord, Cullerier, de Castelnau, Davasse, Hélot, Bartoli. — « J'ai, dit M. Ricord, tenté l'inoculation du pus syphilitique, *pris dans toutes les conditions possibles*, sur des chiens, sur des chats, etc. Dans aucun cas, et malgré la diversité des expériences, il n'a été possible de transmettre la maladie. » (*Notes à Hunter*, p. 20.)

La croyance à la non-transmission de la syphilis aux animaux régnait donc paisiblement dans la science, lorsqu'en 1844 le docteur Auzias-Turenne reprit l'étude de cette question, s'y attacha pendant plusieurs années, et lui donna une solution qui, pour ne pas être aussi complète qu'il l'a cru, mérite cependant d'être prise en considération. Il résulte des nombreuses expériences pratiquées par M. Auzias sur les animaux, et particulièrement sur les singes, que *le chancre peut être inoculé à la brute*. — La démonstration péremptoire de ce fait a été donnée par de courageux expérimentateurs, MM. Robert de Welz, Chayet, Laval, Diday, Melchior Robert, qui ont réussi à inoculer sur eux-mêmes les chancres communiqués d'abord aux animaux.

Nous reviendrons plus loin sur ce fait important de l'inoculation du chancre aux animaux. Établissons seulement quelle en est la valeur au point de vue de la solution de la question que nous venons de poser : *La syphilis est-elle transmissible aux animaux?*

Il est de toute évidence que, pour donner comme un argument en faveur de l'inoculation de la syphilis aux animaux le fait de l'inoculation d'une affection ulcéreuse prise sur l'homme, il faudrait d'abord démontrer rigoureusement, c'est-à-dire scientifiquement, que cette ulcération est véritablement syphilitique. Car, avons-nous déjà dit, à propos de la question de la *pluralité des virus* (1), il est des pathologistes (Abernethy, Carmichael, Bassereau) qui font une distinction capitale entre les chancres indurés suivis d'infection constitutionnelle, et les chancres non indurés ou *locaux*. refusant de reconnaître à ces derniers une origine syphilitique, c'est-à-dire les considérant comme tout à fait étrangers à la syphilis.

Il faut remarquer, en effet, que les *chancres* inoculés aux animaux ont

(1) *Introduction.*

offert, dans tous les cas, les signes qui caractérisent le chancre local, le chancre vénérien ou non syphilitique de Carmichael, c'est-à-dire qu'ils n'ont été ni indurés, *ni suivis d'accidents constitutionnels* : ces chancres inoculés à l'homme se sont en outre comportés sur lui comme ils l'avaient fait sur les animaux (absence d'induration et d'accidents constitutionnels ultérieurs).

Ces inoculations, en tant qu'établissant la transmission de la syphilis aux animaux, ne valent donc qu'autant qu'il sera prouvé que le chancre local est syphilitique. — M. Auzias le comprenait ainsi lorsqu'il disait dans son style imagé, que si M. Ricord laissait tomber de ses mains le drapeau de l'unité du virus syphilitique, il en saisirait la hampe pour maintenir haut et ferme le principe de l'identité du chancre induré et du chancre simple.

Quelle que soit la solution de la question de l'origine syphilitique ou non syphilitique du chancre local, il est certain que ce chancre est le seul qui a été inoculé aux animaux. — Mais où sont les preuves de cette assertion qui amoindrit singulièrement, on le comprend, l'importance des inoculations pratiquées sur la brute ? — Ces preuves, nous les trouvons dans ce fait important que nous signalons à toute l'attention du lecteur : — *La syphilis constitutionnelle ne s'est pas manifestée chez les animaux inoculés.* — Nous savons que M. Auzias s'est élevé contre cette opinion, et qu'il dit avoir montré un singe atteint d'un ecthyma syphilitique. Nous n'avons nullement besoin de discuter ce fait. mais nous dirons : Les animaux ne manquent pas, et de votre aveu, l'inoculation du chancre est chose facile sur eux ; — d'où vient dès lors cette pénurie, ou plutôt cette absence de faits de syphilis constitutionnelle chez la brute ? — A celui qui voudrait aujourd'hui nier la syphilis constitutionnelle chez l'homme, il suffirait de quelques instants pour lui donner les preuves vivantes de l'existence de cette maladie, car les faits ne manqueraient pas pour cette démonstration. L'impossibilité où a été M. Auzias de fournir ces mêmes faits de syphilis constitutionnelle chez les animaux dans le temps où il pratiquait un si grand nombre d'inoculations, nous suffirait pour croire avec Hunter que la syphilis constitutionnelle est une des tristes prérogatives de l'espèce humaine, et pour dire que toutes les expériences faites jusqu'à ce jour n'infirment en rien cette opinion (1).

(1) « Il n'est pas encore bien démontré, disait M. Beau, que les virus humains s'inoculent aux animaux. » S. Beau, *De la contagion dans les maladies*. Paris, 1851, p. 44.

DE LA SYPHILIS TRANSMISE PAR INOCULATION.

CHAPITRE Ier.

DESCRIPTION GÉNÉRALE.

La transmission de la syphilis par inoculation est incontestablement le mode de propagation le plus fréquent de cette maladie. Ce mode de contagion a lieu toutes les fois que le virus syphilitique est déposé sur un point de la peau ou des membranes muqueuses accessibles d'un individu sain, *et qu'il trouve réunies les conditions locales et générales de son action* (1).

La contagion par inoculation est appelée *accidentelle* lorsqu'elle a lieu dans les rapports de contact qui s'établissent entre un individu malade et un individu sain, quelle que soit d'ailleurs la diversité de ces rapports.

On dit que l'inoculation est *artificielle* lorsqu'elle est provoquée par l'art, c'est-à-dire pratiquée à l'aide d'instruments chargés ou imprégnés de virus syphilitique, et avec lesquels on insère ce virus sur un point déterminé de la peau ou des membranes muqueuses. — Ce *procédé* de contagion est en tous points semblable à celui que nous mettons tous les jours en pratique dans la transmission de la vaccine d'un enfant à un autre. C'est celui qu'employaient les *inoculateurs* avant l'immortelle découverte de Jenner; ils communiquaient la variole par l'insertion de son virus à l'aide d'aiguilles ou d'autres instruments chargés du liquide fourni par une pustule de variole.

L'inoculation de la syphilis est donc *accidentelle* ou *artificielle*. Ces deux *procédés* du même mode de contagion sont justement considérés comme produisant des résultats locaux et généraux identiques : une affection spéciale, *sui generis*, dans le lieu d'insertion ou de dépôt du virus, et un état diathésique ou constitutionnel, si les conditions de cet état existent chez l'individu contagionné ou inoculé.

L'*inoculation artificielle* du virus syphilitique est une pratique ou un

(1) Nous indiquerons plus loin ces conditions.

mode d'investigation tout moderne ; les anciens syphiliographes ne l'ont pas connu, pas plus qu'ils n'ont connu l'inoculation du virus varioleux.

Nous pensons qu'il faut rapporter à John Hunter l'honneur d'avoir introduit dans la science l'*inoculation syphilitique*, et à M. Ricord celui de l'avoir réhabilitée et vulgarisée. En effet, à l'époque où M. Ricord entreprit ses premières expériences (1833), l'inoculation syphilitique était à peu près oubliée, ce dont il est facile de se convaincre en parcourant les nombreux ouvrages publiés sur les maladies vénériennes depuis Hunter jusqu'à cette époque (1). Mais depuis lors elle a acquis une telle importance, que nous la verrons intervenir dans la plupart des questions relatives à la syphilis. Il n'est donc plus impossible d'en négliger l'étude, et nous la croyons désormais, non à l'abri des attaques dont elle a été si souvent l'objet, mais à l'abri de l'abandon qui en a été fait pendant les cinquante années qui ont suivi sa naissance, et cela au grand détriment de la syphiliologie.

L'inoculation artificielle du virus syphilitique, comme celle de tout autre virus, consiste à mettre ce virus en rapport ou en contact avec la peau privée de sa couche protectrice, l'épiderme.

Le *procédé* d'inoculation le plus généralement employé aujourd'hui dans l'inoculation syphilitique est le même que celui mis en pratique dans l'inoculation de la vaccine. — La pointe d'une lancette est imprégnée de la matière virulente, et portée sur un point de la peau du sujet que l'on soumet à l'inoculation. Une incision très-superficielle de la peau met le virus en rapport avec le système vasculaire du tégument, et livre en quelque sorte l'économie à l'action ultérieure du virus.

L'emploi de la lancette dans les inoculations syphilitiques présente des inconvénients réels. Sa pointe pénètre trop facilement dans l'épaisseur de la peau, et porte inutilement le virus dont elle est chargée dans les couches profondes du tégument. En outre, comme il n'est pas prudent de se servir plusieurs fois du même instrument dans les inoculations syphilitiques (nous verrons bientôt pourquoi), il s'ensuit que la lancette avec laquelle on a déjà opéré devient un instrument suspect, et qu'il est bon de délaisser. Si donc un autre instrument plus facile à se procurer, et moins coûteux, remplissait les mêmes indications (dépôt du virus sur la peau, incision ou lacération de l'épiderme), ces avantages seraient certainement pris en considération.

Il en est un dont nous nous servons depuis dix ans, qui nous paraît très-convenable pour une bonne exécution de l'inoculation syphilitique, et qui

(1) On ne trouve pas même mentionnée l'inoculation dans les ouvrages, alors classiques, de Swediaur (1817) et de M. Lagneau (1828).

n'a pas les inconvénients de la lancette : c'est l'*épingle* ordinaire. — Sa pointe est suffisamment aiguë pour dilacérer ou déchirer l'épiderme de la peau et l'épithélium des muqueuses, c'est-à-dire qu'elle suffit amplement pour mettre le virus dont elle est chargée en rapport ou en contact avec les vaisseaux absorbants.

Ses avantages sont les suivants : l'inoculateur n'est pas exposé, comme avec la lancette, à faire des *inoculations pénétrantes*, et nous pensons que la bénignité constante de nos inoculations est due au procédé que nous suivons, c'est-à-dire au dépôt du virus dans les couches les plus superficielles de la peau ; — le malade le plus timoré se livre à une égratignure d'épingle : la vue seule d'une lancette ou d'un instrument chirurgical quelconque l'intimide parfois, ou lui fait exagérer l'importance de la petite opération à laquelle on va se livrer sur lui. Il est enfin fort commode de pouvoir convertir en un véritable instrument d'inoculation un objet que l'on trouve partout, et, considération importante, que l'on peut si facilement renouveler pour chaque opération.

Quel que soit l'instrument ou le procédé employé dans l'inoculation syphilitique, on dit qu'elle est *positive* lorsque la lésion qui se produit ultérieurement dans le point d'insertion du virus reproduit et multiplie le virus. — On appelle inoculation *négative* celle qui ne donne pas lieu à cette reproduction.

L'étude des conditions qui président aux inoculations positives et aux inoculations négatives est inséparable et également importante dans l'histoire des maladies virulentes. Nous donnerons plus loin les preuves de l'importance de l'étude des inoculations positives et négatives du virus syphilitique.

L'inoculation artificielle du virus syphilitique peut être pratiquée dans les trois circonstances suivantes :

1° Sur un malade déjà atteint de la syphilis, et avec le virus fourni par les lésions dont il est atteint;

2° Sur un individu qui a ou qui a eu la syphilis, et avec du virus pris sur un autre malade;

3° Sur un individu sain, c'est-à-dire vierge d'antécédents syphilitiques.

Nous appellerons *auto-inoculations* celles qui sont pratiquées à un malade avec du virus pris sur lui-même, — et *hétero-inoculations* celles qui résultent de l'insertion d'un virus syphilitique pris ou recueilli sur un autre individu que celui sur lequel on opère l'inoculation, que cet individu ait ou n'ait pas la syphilis. L'importance de cette distinction que nous établissons entre les inoculations sera amplement justifiée dans le cours de ce livre.

C'est pour n'avoir pas fait cette distinction entre les inoculations syphi-

litiques que M. Ricord s'est laissé entraîner à des conclusions erronées relativement à la contagion des accidents secondaires, à l'incubation du virus syphilitique, et à la valeur de l'inoculation dans le diagnostic du chancre; erreurs capitales en syphiliologie, au double point de vue de la théorie et de la pratique de la maladie syphilitique, — erreurs qu'il faut faire remonter jusqu'à Hunter, car elles procèdent de sa méthode expérimentale, l'inoculation pratiquée sur des sujets atteints de la syphilis, et le plus souvent avec le virus pris sur eux-mêmes.

Les circonstances dans lesquelles la contagion de la syphilis par *inoculation accidentelle* peut avoir lieu sont nombreuses et variées.

Les rapprochements sexuels sont justement considérés comme éminemment favorables à cette contagion. Aussi la plupart des cas de syphilis transmise par inoculation accidentelle appartiennent à ce mode de contact ou de toucher, ce qui légitime en quelque sorte les dénominations de *pudendagra*, de *maladie vénérienne* ou *mal de Vénus*, données à la syphilis par les premiers médecins qui ont écrit sur cette maladie. Mais tout autre mode de contact et de toucher entre un individu atteint de certaines lésions syphilitiques que nous spécifierons, et un individu sain, peut donner lieu au développement de la maladie. Il suffit pour cela que le virus syphilitique soit déposé sur un point du tégument de l'individu sain, dans des conditions que nous allons bientôt étudier, pour voir la maladie syphilitique commencer, et suivre son évolution comme si la contagion avait eu lieu dans l'acte génital. Tels sont les rapports de contact entre un nourrisson atteint de la syphilis et une nourrice saine, ou réciproquement : ils donnent facilement lieu à ce dépôt du virus dont nous parlons, et par la répétition ou la fréquence du contact, et par sa longue durée. En outre, la texture des organes mis en rapport dans la fonction de l'allaitement rapproche singulièrement ces contagions de celles qui s'accomplissent dans les relations sexuelles.

D'autres fois, c'est par le simple attouchement d'une lésion syphilitique qu'un sujet sain contracte la maladie par inoculation. Telle est la syphilis contractée par des accoucheurs, des médecins, etc., dans l'exercice de leur profession. Il y a plus : du virus syphilitique étant déposé sur certains objets, ceux-ci peuvent transmettre la maladie à un individu qui s'expose à leur contact, et se trouve dans les conditions voulues de cette contagion. Ajoutons que ces *contagions médiates* ne diffèrent en rien des contagions ordinaires, de celles qui se produisent dans l'acte génital, par exemple.

Quelle que soit la source ou la provenance du virus syphilitique dans la contagion par inoculation accidentelle, cette contagion a pour résultat

immédiat ou primitif de donner lieu, dans le point du dépôt ou de l'insertion du virus, à un travail morbide spécial, analogue à celui qui produit dans les inoculations virulentes de la variole, de la vaccine, de la clavelée, c'est-à-dire à une lésion dont le caractère fondamental est de reproduire et de multiplier le virus inoculé.

Quelle est cette lésion ?

Si l'on observe ou si l'on interroge un certain nombre de malades atteints de syphilis constitutionnelle, on constate ou l'on apprend que cette maladie s'est manifestée dans la plupart des cas après des relations sexuelles, et qu'elle a commencé par une affection exulcéreuse ou ulcéreuse des organes génitaux.

D'un autre côté, les inoculations artificielles du virus syphilitique donnent le plus souvent lieu à une lésion de forme analogue à celle qui suit les rapprochements sexuels entre les individus atteints de syphilis et les individus sains.

Cette lésion spéciale, ulcéreuse ou exulcéreuse qui suit le dépôt ou l'insertion du virus dans les contagions par inoculation accidentelle ou artificielle de la syphilis, est généralement désignée sous les noms de *chancre syphilitique primitif*, *chancre induré*, *chancre infectant* (1).

Le *chancre syphilitique primitif*, *forme la plus ordinaire* de la lésion d'inoculation, est essentiellement contagieux : il est l'indice de l'existence de la syphilis constitutionnelle chez l'individu qui le porte.

Le chancre primitif siége sur la région ou sur l'organe qui a été touché ou souillé par le virus syphilitique. — Ainsi, lorsque la contagion a lieu dans les rapprochements sexuels, les organes génitaux sont ceux sur lesquels on constate l'existence du chancre. Lorsque la contagion s'est accomplie par d'autres modes de toucher ou de contact, la présence du chancre sur tel ou tel point du tégument ou des membranes muqueuses accessibles, indique ou trahit le mode de contagion auquel a été soumis le malade. Les chancres primitifs des lèvres, de la langue ou de la cavité buccale ; ceux de l'anus et de la cavité de l'intestin rectum ; ceux plus rares des régions fessières, fémorales, etc., nous font assez connaître toute l'influence que l'imagination peut exercer sur les relations sexuelles, relations que la nature a délimitées cependant, et qu'elle a mises sous la responsabilité du sens moral. D'un autre côté, les chancres de la face, des doigts, du tronc et des membres, nous apprennent que le hasard des contagions peut donner lieu à la formation de l'ulcère primitif en dehors de

(1) Quelques auteurs donnent encore le nom de *chancres secondaires ou ulcères consécutifs* aux ulcérations de la peau et des muqueuses produites par le virus syphilitique consécutivement à son action locale, et paraissant sur des points de l'économie autres que ceux sur lesquels le virus a primitivement agi.

toute relation sexuelle, comme nous le verrons dans l'étude du siége du chancre.

La forme et l'aspect de cette première manifestation de l'action du virus syphilitique, diffèrent notablement suivant les individus.

Chez le plus grand nombre, le chancre primitif consiste en une sorte d'*érosion superficielle* ou d'*exulcération* de la peau ou des muqueuses, dans le point où le virus a été déposé. Cette excoriation, recouverte d'une couche grise, pseudo-membraneuse, repose sur un épaississement, c'est-à-dire sur une *induration* toute particulière des tissus sous-jacents, induration qui constitue un des caractères les plus importants de cette forme du chancre, forme qui a été parfois décrite par les syphiliographes anglais sous le nom d'*excoriation chancreuse.*

D'autres fois le chancre présente les caractères d'une véritable ulcération de la peau ou des muqueuses, ulcération *sui generis* encore, et à laquelle l'induration de la base, qui manque rarement chez l'homme, donne souvent un aspect si particulier, qu'il est possible de reconnaître la véritable nature de l'ulcération par sa seule inspection, c'est-à-dire en l'absence de tout renseignement sur son origine contagieuse.

Cette *forme ulcéreuse* du chancre primitif est désignée par quelques auteurs sous le nom de *chancre huntérien.* C'est le chancre dur ou calleux des premiers syphiliographes, celui que l'on désigne généralement aujourd'hui sous le nom de *chancre induré.*

Dans d'autres cas, plus fréquents chez la femme que chez l'homme, l'induration de la base de l'ulcère primitif, commune à l'excoriation chancreuse et au chancre huntérien, manque complétement ou est peu marquée. Cependant ce chancre dans lequel manque l'induration est suivi d'accidents généraux ou constitutionnels, accidents qui sont comme une démonstration de l'identité de la cause qui produit l'excoriation chancreuse, le chancre induré huntérien et le chancre sans induration, pour les cas au moins où celui-ci est suivi de la syphilis constitutionnelle.

Le chancre primitif sans induration et celui dont la base est endurée présentent parfois, sous l'influence de causes qu'il n'est pas toujours possible d'apprécier, un phénomène particulier aux ulcérations malignes, désigné sous le nom de *phagédénisme.* — Dans d'autres circonstances plus rares, le chancre primitif est atteint de gangrène dans toute son étendue.

Cette diversité dans la forme du chancre primitif fait assez pressentir des différences dans sa marche, dans sa durée et dans sa terminaison. En effet, tandis qu'il y a des *excoriations chancreuses* dont la durée est à peine de quinze jours, et qui ne laissent sur les tissus aucune cicatrice, aucune trace de leur passage, il est des chancres appartenant à la forme

ulcéreuse et phagédénique qui persistent pendant plusieurs mois, et laissent toujours après leur guérison des cicatrices indélébiles.

Ainsi, l'observation clinique nous apprend que le chancre primitif présente des différences notables dans sa forme, dans son aspect, dans sa marche et dans sa durée. Mais ces variations, dont il est important de tenir compte au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement de cette affection, ne constituent pas, nous ne saurions trop le dire, des différences fondamentales, essentielles ou étiologiques. Si nous voyons en effet, les symptômes généraux ou constitutionnels de la syphilis se manifester après chacune des formes de l'ulcère primitif, nous pouvons affirmer que dans tous ces cas, l'ulcération initiale reconnaissait la même cause, le virus syphilitique. Seulement il nous restera à déterminer quelles sont les causes secondaires, c'est-à-dire accidentelles ou accessoires, qui modifient la forme du chancre primitif.

L'existence bien réelle, et admise d'ailleurs par tous les syphiliographes sans exception, de chancres primitifs sans induration, suivis cependant d'infection constitutionnelle, ne nous permet donc pas d'appeler exclusivement *chancre induré* la lésion qui se manifeste après la contagion par inoculation accidentelle ou artificielle du virus syphilitique, et annonce la généralisation de ce virus dans l'économie. En effet, si cette dénomination de *chancre induré* est juste, en tant que s'appliquant à l'ulcère syphilitique primitif dont la base est dure, elle ne l'est plus alors qu'il s'agit de désigner ce même ulcère primitif dans les cas où sa base ne présente aucune induration. — Il est donc à la fois, et plus logique, et plus simple d'appeler *chancre infectant* le chancre primitif qui est suivi d'accidents généraux ou constitutionnels. Cette dénomination permet d'ailleurs de désigner chacune des *formes* que peut présenter la lésion d'inoculation ou le chancre, en ajoutant à ce mot des éphitètes qui rappellent ces formes variées. Ainsi on pourra dire chancre infectant induré, — chancre infectant sans induration ou non induré, — chancre infectant gangréneux, — chancre infectant phagédénique, etc. (1).

(1) La dénomination de *chancre infectant*, généralement appliquée aujourd'hui à l'ulcération qui se manifeste dans le lieu d'inoculation du virus syphilitique, n'est pas à l'abri de tout reproche. Ainsi, si l'on démontrait que le chancre est l'*effet* et non la *cause* de l'infection constitutionnelle, serait-il très-correct de dire *chancre infectant?* — Il nous semble que l'on donnerait plus de précision au langage en appelant *chancre vrai* (on dit *vaccine vraie*) la lésion qui suit l'inoculation du virus syphilitique, lorsque cette inoculation est elle-même suivie d'infection constitutionnelle, et nous emploierons quelquefois cette dénomination comme synonyme de chancre infectant. — Mais ce qui importe avant tout dans cette nomenclature, c'est de donner un nom particulier à la lésion d'inoculation qui annonce le début de la syphilis constitutionnelle chez celui qui en est atteint, et de ne pas appliquer ensuite cette dénomination à d'autres affections.

Nous attachons donc aux mots *chancre infectant* l'idée d'une lésion de forme exulcéreuse ou ulcéreuse, produite par le virus syphilitique dans le point où il a été déposé ou inoculé, lésion annonçant chez celui qui en est atteint, et quels que soient d'ailleurs sa forme et son aspect, le début de la syphilis constitutionnelle. Ainsi lorsqu'un individu sain et vierge de tout antécédent syphilitique a des rapports quelconques de contact immédiat avec un autre individu atteint de la syphilis, et qu'il résulte de ce contact ou de celui de certains objets sur lesquels du virus a été déposé (contagions médiates) une exulcération ou une ulcération de la peau ou des membranes muqueuses dans le point touché par l'agent contagieux, et que cette affection initiale est suivie de l'apparition de quelques-unes des lésions qui caractérisent la syphilis généralisée ou constitutionnelle, nous disons que cet individu a contracté un chancre infectant.

De même, lorsque avec une lancette chargée de pus virulent syphilitique, nous pratiquons une inoculation sur un point déterminé de la peau ou des membranes muqueuses, et que cette inoculation donne lieu à la formation d'une lésion ulcéreuse, suivie aussi d'infection syphilitique constitutionnelle, nous appelons cette lésion d'inoculation un chancre infectant.

Le chancre infectant est donc l'analogue de la pustule vaccinale vraie, de la pustule d'inoculation produite par l'insertion du virus varioleux, l'analogue surtout des ulcérations qui succèdent fréquemment à l'inoculation du cow-pox à l'homme, ulcérations décrites par Jenner dans son immortel *Traité de la vaccine*.

Le chancre infectant est éminemment contagieux. Son produit de sécrétion, déposé accidentellement ou inoculé artificiellement sur la peau ou sur les membranes muqueuses accessibles d'un individu sain, dans des conditions locales et générales que nous préciserons bientôt, détermine dans le lieu de ce dépôt ou de cette insertion une affection ulcéreuse semblable, c'est-à-dire un autre chancre infectant, chancre qui sera ultérieurement suivi, chez celui qui le porte, d'un état général ou diathésique appelé syphilis constitutionnelle. — Cette ulcération produira elle-même, par l'inoculation de sa sécrétion à un autre individu sain, une affection de même nature, elle-même suivie de quelques-unes des lésions et des symptômes qui caractérisent la syphilis généralisée.

L'observation des malades atteints d'un chancre infectant, et l'inoculation artificielle de la sécrétion de cette ulcération à un individu sain, démontrent que le virus syphilitique est soumis à la loi d'incubation des maladies virulentes. En effet, il s'écoule toujours une période de temps

variable, mais constante, entre le moment où le virus syphilitique est déposé ou inséré sur nos tissus, et celui où il manifeste sa première action. — Cette période de temps constitue l'incubation du chancre infectant.

Il est infiniment probable que dans la transmission de la syphilis par inoculation, l'infection constitutionnelle est un fait accompli, lorsque la lésion d'inoculation, c'est-à-dire le chancre, se manifeste ; et il est bien certain que s'il n'en est pas ainsi, si l'infection générale est postérieure ou consécutive au développement du chancre, cette infection suit de très-près l'apparition du chancre, et existe dès le premier ou le second jour de sa formation : nous donnerons la démonstration clinique et expérimentale de ce fait important,

Quoi qu'il en soit, le chancre infectant n'est plus contagieux ou inoculable à celui qui le porte, et cela dès les premiers jours de son apparition. En d'autres termes, le produit de sécrétion du chancre vrai est impuissant à produire sur l'individu qui en est atteint une ulcération identique, alors même que cette sécrétion est inoculée à la lancette, ou qu'elle est mise en contact avec la peau ou les muqueuses excoriées de ce malade, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables en apparence à la contagion.

Le fait de la non-inoculation du chancre infectant à celui qui le porte, nous rend bien compte de cet autre fait singulier, à savoir que le chancre infectant est le plus ordinairement unique ou solitaire sur un même malade. Lorsque les chancres infectants sont multiples sur un même sujet, ces chancres sont contemporains, c'est-à-dire qu'ils se sont manifestés simultanément et non l'un après l'autre, par suite de contagions accidentelles et de voisinage, comme il est si fréquent de l'observer pour d'autres ulcérations génitales contagieuses aussi, mais non suivies d'infection constitutionnelle.

Ces faits congénères relatifs au chancre infectant, — sa non-inoculation au malade qui le porte, et la fréquence de son état solitaire, sont la conséquence du développement précoce de la diathèse syphilitique chez le malade, ainsi que nous l'établirons plus loin.

Il est si vrai que l'état diathésique ou général, est la cause de la non-inoculation du chancre infectant au malade qui le porte, et de la fréquence de son état solitaire, que ce même fait de la non-inoculation du chancre infectant se reproduit chez les individus qui ont, ou qui ont eu la syphilis constitutionnelle. Ainsi, que l'on soumette ces individus diathésés ou *syphilisés* à la contagion accidentelle ou à l'inoculation de la sécrétion d'un chancre infectant développé sur un autre malade, dans la très-

grande majorité des cas ces contagions ou ces inoculations échoueront, c'est-à-dire seront négatives (1).

Ce fait capital de la non-inoculation du chancre infectant au malade qui en est atteint, ou aux sujets qui ont eu la syphilis constitutionnelle, n'est pas un fait pathologique isolé. Nous savons qu'il se produit dans la plupart des maladies contagieuses virulentes et n'est que la conséquence d'un autre fait plus général, celui qui a été désigné sous le nom d'*unicité d'infection des maladies virulentes*, ce qui, en termes plus simples, veut dire qu'un même individu n'a généralement qu'une fois la variole, la vaccine, la rougeole, la scarlatine, etc.

Pendant la durée de l'ulcère syphilitique primitif, c'est-à-dire du chancre infectant, et quels que soient son siége et sa forme, les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la région sur laquelle siége le chancre sont fréquemment tuméfiés. Ces *adénopathies* se produisent dans l'aine, lorsque le chancre s'est développé sur les organes génitaux, à l'anus, sur le membre abdominal, etc. ; dans la région sous-maxillaire et du cou, lorsque l'ulcère primitif siége à la face, sur les lèvres, ou dans la cavité de la bouche.

La fréquence du chancre primitif sur les organes génitaux, et par suite la fréquence des adénites symptomatiques dans la région de l'aine, a primitivement fait donner à ces affections des ganglions lymphatiques le nom de *bubon*, c'est-à-dire le nom de la région où on les observait le plus ordinairement (2).

Il est d'observation que les bubons qui se manifestent pendant l'existence d'un chancre infectant ont peu de tendance à l'état aigu ou phlegmoneux ; ils restent durs, sont indolents, ou peu douloureux. Cependant il arrive parfois que la peau qui les recouvre, s'anime ou rougit. Ce travail phlegmasique peut s'étendre à la glande elle-même, et donner lieu à la formation du pus; mais ces cas sont rares.

Les vaisseaux lymphatiques de la région où siége le chancre infectant sont moins fréquemment malades que les ganglions. Il n'est pas rare cependant de les trouver tuméfiés ou indurés. Ils forment parfois, dans le voisinage du chancre, des cordons durs, repliés sur eux-mêmes, et qui rappellent la disposition de certaines varices des jambes. — D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, ces *indurations* des vaisseaux lymphatiques donnent au toucher la sensation de cordons durs, et leur disposition rec-

(1) Le lecteur n'oublie pas qu'il s'agit dans ce chapitre d'une étude *ad narrandum*, et non *ad demonstrandum*, de la syphilis inoculée. — Les preuves des assertions qui précèdent, et de celles qui vont suivre, seront données dans les chapitres suivants.

(2) *Bubo* (βουβών) significat partem et morbum : *partem*, quæ alias dicitur inguen... *morbum*, si glandulæ tumore afficiuntur. » (Castelli, *Lexicon*, p. 114, edit. Genevæ.)

tiligne sur la face dorsale du pénis, lorsque les chancres siégent sur le gland ou le prépuce, a pu faire croire à des phlébites adhésives des veines sous-cutanées de la verge.

Enfin on observe parfois, dans le voisinage du chancre infectant, certains empâtements, certaines tuméfactions qui rappellent les œdèmes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui se produisent si souvent sous l'influence des piqûres venimeuses.

La fréquence et la persistance des engorgements ganglionnaires dans les cas d'existence d'un chancre infectant sur une région du corps sont parfois d'un grand secours dans la recherche du siége précis de ce chancre, et cette recherche du chancre par la constatation des adénites concomitantes montre assez toute l'importance d'une connaissance exacte de la topographie du système lymphatique.

La production des adénopathies de forme chronique ou de forme aiguë dans le rayonnement d'un chancre infectant n'est pas un fait constant. Nous avons plusieurs fois observé des chancres indurés types des organes génitaux, suivis d'infection constitutionnelle, sans qu'il existât d'engorgement appréciable des ganglions de l'aine. Mais, nous ne saurions trop le faire remarquer, c'est là un fait très-exceptionnel, dont nous n'avons pas observé plus d'une dizaine de cas chez l'homme, et cela sur un nombre considérable de chancres infectants.

Pendant que ces changements s'accomplissent dans le lieu du dépôt du virus syphilitique, c'est-à-dire pendant la durée du chancre infectant, il se produit certains troubles fonctionnels, certains symptômes généraux, qui permettent de supposer que la cause qui a produit le chancre initial n'a pas limité son action à la partie contaminée, mais que, pénétrant dans les profondeurs de l'organisme, elle exerce ses funestes effets.

Ces troubles généraux prodromiques consistent dans des affections douloureuses, de siége et d'intensité variables, céphalées, arthropathies, douleurs ostéocopes, hyperesthésies cutanées, viscéralgies, etc., — troubles qui s'accompagnent souvent d'une notable diminution des forces, de décoloration de la peau, de fièvre erratique, de prostration morale et physique.

Après une période de temps variable, mais dont la durée n'excède guère deux à trois mois, à partir du début du chancre infectant, les manifestations de l'infection syphilitique ou constitutionnelle deviennent nombreuses et variées.

Chez le plus grand nombre des malades, la peau devient le siége d'un érythème ou d'un exanthème non fébrile, consistant dans des taches nombreuses, rouges ou rosées, saillantes, et ayant une certaine ressemblance avec l'exanthème rubéolique : c'est la roséole syphilitique.

Chez d'autres malades, l'éruption est papuleuse, c'est-à-dire consiste en des élevures circulaires et bien limitées, de couleur *rouge brique*, et dont

la forme rappelle celle d'une petite lentille (syphilide papuleuse lenticulaire); d'autres fois ce sont de élevures plus petites et plus nombreuses, ayant quelque ressemblance avec les papules du lichen vulgaire.

Dans des cas plus rares, les maladies de la peau qui suivent de près le chancre infectant consistent dans des affections pustuleuses, — vésiculeuses ou bulleuses. Mais, quelle que soit la forme de la lésion anatomique dans ces affections cutanées du début de la syphilis, ces affections ont un caractère commun qu'il importe de signaler. Toutes sont superficielles, c'est-à-dire paraissent avoir leur siége dans les couches les plus extérieures de la peau, dans la couche vasculaire, suivant toute vraisemblance.

Les *syphilides* (telle est la dénomination générique sous laquelle on désigne, depuis Alibert, les affections de la peau de cause syphilitique), les syphilides, disons-nous, qui se manifestent dans les premiers mois qui suivent le début du chancre infectant, ont encore pour caractère distinctif d'être disséminées, c'est-à-dire de se développer simultanément sur différentes régions du tégument : elles ont l'allure des affections exanthématiques de la peau.

A l'époque où se produisent chez les malades ayant ou ayant eu un chancre infectant, ces lésions variées du tégument, les membranes muqueuses de certaines régions présentent des lésions si spéciales dans leur forme et dans leur aspect, que l'œil le moins exercé en reconnaît facilement la nature.

Telles sont les *affections diphtéritiques* ou pseudo-membraneuses des lèvres, des bords de la langue, de l'isthme du gosier, des fosses nasales, du gland et de la muqueuse préputiale, de la muqueuse de la vulve et de celle du col utérin; affections confondues avec d'autres lésions également syphilitiques des membranes muqueuses, appelées *plaques* ou *papules muqueuses*.

D'autres fois ces affections syphilitiques précoces des muqueuses consistent en de simples rougeurs, avec ou sans altération appréciable de l'épithélium : telles sont les angines exanthématiques, les balanoposthites, les vulvites secondaires, etc.

Dans d'autres cas il se produit de véritables ulcérations sur les muqueuses malades : ces ulcérations, dites *secondaires* ou *consécutives*, sont fréquentes sur les amygdales, à l'orifice anal, et sur la muqueuse du nez.

Les enrouements persistants que l'on observe parfois chez les malades atteints de roséole, d'angine gutturale, etc., ne nous donnent-ils pas la certitude que la muqueuse laryngée, elle aussi, est le siége d'altérations analogues à celles des muqueuses accessibles à nos regards ; laryngite syphilitique généralement peu grave, et qu'il ne faut pas confondre avec ces laryngites ulcéreuses simulant la phthisie laryngée tuberculeuse, qui se manifestent tardivement, c'est-à-dire dans le temps où la syphilis con-

stitutionnelle, ayant perdu le caractère exanthématique qui caractérise la période précoce, donne lieu à des altérations profondes du tissu fibreux et osseux, des muscles et des parenchymes.

Il n'est pas très-rare de voir se manifester pendant la durée des affections cutanées et des muqueuses, de celles surtout de forme exulcéreuse ou ulcéreuse, des engorgements ganglionnaires analogues à ceux qui se produisent dans le voisinage du chancre infectant, — engorgements décrits par quelques auteurs sous la dénomination de *bubons constitutionnels :* tels sont ceux de la région sous-maxillaire et antérieure du cou qui apparaissent chez quelques malades lorsque la gorge ou les lèvres sont le siége de papules muqueuses ulcérées, etc. ; ceux de la région cervicale latérale et postérieure, lorsque le cuir chevelu est le siége d'éruptions impétigineuses, adénites cervicales qui, suivant quelques syphiliographes, se produiraient même en l'absence de toute lésion appréciable du cuir chevelu, et leur fait ainsi admettre des adénopathies idiopathiques ou essentielles, c'est-à-dire indépendantes de toute altération du tégument dans leur voisinage.

Ces lésions si diverses de la peau et des membranes muqueuses ne constituent pas la totalité des affections syphilitiques qui succèdent au chancre infectant. Certaines altérations des cheveux (alopécie), des poils (pelade), des ongles (onglade), et celles plus graves et plus importantes de l'œil, décrites sous les noms d'*iritis* et de *choroïdite syphilitiques*, doivent encore être mentionnées pour compléter la symptomatologie de la syphilis généralisée, à sa période de début.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que les différentes lésions qui caractérisent la syphilis généralisée à la période précoce ou secondaire ne se produisent pas toutes sur le même malade, et surtout dans le même temps. Bien que dépendant de la même cause, le virus syphilitique, leur dissémination ou leur répartition inégale sur les différents individus, est un fait pathologique dont la constatation est facile, et qu'il n'est guère possible de comprendre sans admettre que la prédisposition ou l'idiosyncrasie des malades atteints d'un chancre infectant, exerce une grande influence sur la forme générale que revêt chez eux la syphilis constitutionnelle dans sa période secondaire.

Ces différences dans la forme de la maladie ne seraient que peu importantes si elles n'étaient l'indice et comme la mesure de la gravité de la syphilis chez les différents malades. Et en effet nous verrons que la syphilis généralisée présente, comme toutes les maladies constitutionnelles, des variétés de *forme*, c'est-à-dire de manière d'être générale ; — qu'il y a, par exemple, des véroles graves et des véroles relativement bénignes, etc.,

distinction importante au point de vue du pronostic et du traitement de cette maladie.

Il est des malades chez lesquels la syphilis transmise par inoculation, et généralisée, semble épuiser sa malignité ou *se juger* dans ces premières manifestations locales et générales (chancre infectant initial, adénites concomitantes, affections exanthématiques (1) de la peau et des membranes muqueuses, alopécie, etc.). Débarrassés ou guéris de ces lésions constitutionnelles qui suivent de près l'apparition de la lésion d'inoculation, ils retrouvent la plénitude de la santé. Mais il est d'autres malades chez lesquels les lésions constitutionnelles récidivent avec une désespérante opiniâtreté. Ces récidives de la maladie consistent le plus souvent dans quelques-unes des lésions cutanées exanthématiques de la période secondaire. D'autres fois ce sont des affections plus graves, différentes des affections exanthématiques par leur siége anatomique, par leurs symptômes, etc.

Et en effet ces lésions se produisent dans l'épaisseur de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, dans les parenchymes des organes, le poumon, le foie, les muscles, etc., dans l'enveloppe fibreuse des os, des testicules, de l'œil, des centres nerveux, etc., dans les aponévroses et les tendons.

Les symptômes par lesquels se manifestent ces lésions, si différentes par leur siége, sont très-variables, on le comprend, et il est parfois difficile de différencier ces lésions de celles produites par des causes pathogéniques autres que le virus syphilitique. Ce qui a fait dire à quelques auteurs que la syphilis est un protée (2) dont les formes variables et changeantes ne permettent pas toujours de la reconnaître; formes bien connues des anciens médecins, et sur lesquelles le docteur Yvaren (d'Avignon) a publié un travail important (3).

Ces lésions profondes et tardives de la syphilis constitutionnelle nous paraissent consister dans une altération particulière et unique des organes malades, c'est-à-dire dans la formation d'un tissu accidentel de nature fibro-plastique, que les anciens syphiliographes décrivent sous les dénominations de *nodosités* syphilitiques, de *tumeurs gommeuses;* tissu fibro-plastique qui se présente sous deux aspects très-différents, la *forme circonscrite* et la *forme diffuse*, et dont l'évolution variable nous rendra compte de cette série si diverse, et si confuse en apparence, de lésions et de symptômes que l'on désigne généralement sous le nom d'*accidents*

(1) Nous donnons ici à ce mot son sens le plus général.

(2) J. L. Petit, *Trait. des mal. des os*, ch. XV.

(3) Prosper Yvaren, *Des métamorphoses de la syphilis*, etc. 1854.

tertiaires (Ricord). Tels sont les *tubercules* de l'épaisseur de la peau, disséminés ou groupés, décrits sous le nom de *syphilide tuberculeuse*, tubercules dont l'ulcération donne lieu parfois à de vastes ulcères cutanés, simulant le chancre phagédénique ou le cancroïde de la peau. Telles sont surtout les tumeurs sous-cutanées appelées *tumeurs gommeuses*, tumeurs dont l'anatomie pathologique n'est bien connue que depuis l'application du microscope à l'étude des altérations organiques.

Les tumeurs syphilitiques des muscles, du foie, du cœur, du poumon, etc., les infiltrations ou les épaississements des membranes fibreuses d'enveloppe des os, du testicule, de l'œil, de la moelle, etc., appartiennent, comme la tumeur gommeuse sous-cutanée ou sous-muqueuse, à ce tissu fibro-plastique accidentel que nous disons constituer la grande majorité et peut-être la totalité des lésions organiques de la période tertiaire de la syphilis.

Ces lésions organiques sont souvent précédées d'affections douloureuses des membres et de la tête. Ces douleurs, qui simulent parfois les douleurs du rhumatisme chronique, de la goutte, et même les névralgies, ont été décrites sous le nom de *douleurs ostéocopes*, parce qu'il est généralement admis qu'elles ont leur siége dans les os.

Les lésions ou les accidents tertiaires ne diffèrent pas seulement des affections de la période secondaire de la syphilis, par l'époque différente de leur apparition, par leur siége et par leur nature; elles se distinguent encore par leur mode général de développement ou d'évolution. Ainsi la multiplicité ou la dissémination des lésions secondaires est un fait constant. Les érythèmes, les papules, les pustules, etc., qui se produisent dans les premiers mois qui suivent le début du chancre infectant, ne sont point, en effet, limités à une région circonscrite de la peau : on les trouve disséminés ou répartis sur de vastes régions du tégument. Il est très-fréquent, en outre, de rencontrer sur le même malade des lésions cutanées et des altérations spéciales de membranes muqueuses et des annexes de la peau (alopécie, diphthérite syphilitique, papules muqueuses, érythèmes, ulcérations, etc.).

Il n'en est pas de même pendant la période tertiaire de la syphilis constitutionnelle. Les lésions qui caractérisent cette période (épanchements fibro-plastiques, circonscrits ou diffus) sont ordinairement peu nombreuses sur le même malade, et dans le même temps. — Ainsi il n'est pas rare de voir des malades n'ayant qu'un seul accident tertiaire, une gomme sous-cutanée, un testicule vénérien, une périostose, etc. — Chez d'autres malades, cependant, on peut constater l'existence simultanée de plusieurs lésions tertiaires, gommes et exostoses, syphilide tuberculeuse et albuginite syphilitique, etc. (1).

(1) Supposez que sur un malade les accidents tertiaires prennent exceptionnellement ce

Enfin, il est malheureusement vrai que, dans quelques cas relativement rares aujourd'hui, les lésions tertiaires de la peau, des muscles, des os et des parenchymes, ne sont que les préludes de troubles fonctionnels plus graves, d'où résulte une perturbation générale et profonde de la santé, désignée sous le nom de *cachexie syphilitique*, cachexie dont quelques auteurs ont fait un quatrième degré de la maladie; degré ultime, car le plus souvent « le corps estant atténué de veilles et de douleurs cruelles, tombe en atrophie, et la vie s'en sépare (1). »

Le pronostic général de la syphilis constitutionnelle à la période tertiaire est donc basé sur les éléments suivants : 1° le siége et le nombre des lésions organiques ; 2° leur influence définitive sur l'état général du malade ; 3° la facilité avec laquelle elles cèdent aux traitements généraux, ou la résistance qu'elles opposent aux médications spécifiques.

Tel est l'ensemble des phénomènes morbides, locaux et généraux qui suivent la contagion par inoculation accidentelle ou artificielle du virus syphilitique, phénomènes dont l'étude va nous occuper.

CHAPITRE II.

DE LA LÉSION D'INOCULATION. — DU CHANCRE.

La syphilis transmise par inoculation accidentelle ou artificielle est caractérisée, avons-nous dit, par le développement d'une lésion exulcéreuse ou ulcéreuse de la peau ou des membranes muqueuses, dans le point où le virus syphilitique a été déposé ou inséré.

Cette lésion initiale, décrite par les auteurs sous les noms d'*ulcère syphilitique primitif*, de *chancre huntérien*, de *chancre induré*, de *chancre infectant*, est une des manifestations, c'est-à-dire un des symptômes les plus importants de la syphilis inoculée.

§ I. De l'incubation du chancre.

Un des traits caractéristiques de l'action des virus sur notre économie est, on le sait, de ne manifester cette action qu'après un certain laps de temps qui a été désigné sous le nom de *période d'incubation*.

caractère de multiplicité, et vous aurez une idée générale de la gravité de la syphilis au XVe siècle.

(1) J. Fernel, *Pathol.*, liv. VI, p. 529.

La période d'incubation, c'est-à-dire la période de temps comprise entre le moment où la cause virulente agit sur nous et celui où se produisent ses premiers effets, existe-t-elle pour le chancre infectant? En d'autres termes, le virus syphilitique inoculé accidentellement ou artificiellement, et donnant lieu au développement d'un chancre, ce chancre est-il précédé d'une période d'incubation?

Cette question importante de l'incubation ou de la non-incubation du virus syphilitique dans la production du chancre a reçu des solutions très-différentes, et parfois opposées.

Il est des syphiliographes qui nient l'existence de la période d'incubation du chancre. Ils admettent que le virus syphilitique, mis en contact immédiat avec nos tissus, produit une action immédiate et, en quelque sorte, immédiatement appréciable. En conséquence, ils considèrent l'infection constitutionnelle ou générale comme étant postérieure ou consécutive à la formation du chancre : pour eux, le chancre est pendant quelques jours une lésion locale, lésion dont la destruction précoce par les caustiques, etc., a pour effet certain d'empêcher l'empoisonnement général, c'est-à-dire la diathèse syphilitique.

Suivant d'autres syphiliographes, le virus syphilitique dans son action sur notre économie se comporte comme tous les autres virus, c'est-à-dire qu'il s'écoule toujours un certain temps entre le moment où ce virus est inséré sur nos tissus et celui où il manifeste son action par des effets appréciables. Aussi considèrent-ils le chancre infectant comme étant un des effets de l'empoisonnement général. Suivant eux, le début de l'état diathésique est contemporain de l'absorption du virus au moment de la contagion, c'est-à-dire antérieur à la formation du chancre

On le voit, à cette question théorique de l'incubation du chancre se rattache une question pratique d'une importance capitale en syphiliologie, celle de savoir si le traitement abortif ou précoce du chancre infectant peut empêcher la production de la syphilis constitutionnelle; — ou bien si ce traitement préventif est une illusion basée sur une interprétation erronée du mode d'action du virus syphilitique dans la production du chancre infectant. — Nous devons donc examiner avec attention les faits et les arguments invoqués pour ou contre l'incubation du chancre (1).

Les premiers syphiliographes, ceux de la fin du XVe siècle et ceux du XVIe, n'ont pas agité cette question de l'incubation ou de la non-incubation

(1) La question de l'incubation du chancre comprend deux choses : 1° une question de *fait*. 2° une question *théorique* ou d'interprétation. Nous nous occuperons dans ce paragraphe du fait de l'incubation seulement.

du virus syphilitique. Cependant ils la jugeaient implicitement, car ils considéraient les accidents primitifs de la syphilis comme étant les effets, et non la cause de l'infection constitutionnelle. Pour eux, la maladie était générale avant d'être locale. — Ainsi Sebastianus Aquilianus (1497) dit que la syphilis est causée par une altération primitive du sang, produite elle-même par des influences générales et épidémiques, et que les lésions qui caractérisent cette maladie sont le résultat de cette altération *primitive* du sang, : « *Credo hac tempestate aliqualem infectionem aeris concurrere...... Natura semper tentat mundificationem sanguinis et totius corporis, transmittit in proposito ad superficiem exteriorem conatu quo potest nocivam materiam.* » (In Aphrodisiacus, t. 1, p. 10.)

Vers ce même temps (1497), Nicolas Leoniceno, Jean Widman, Gaspar Torella, Natalis Montesaurus, tenaient le même langage. — Un peu plus tard (1532) Nicolas Massa localisait dans le foie l'action primitive du virus syphilitique. C'était, suivant lui, dans cet organe que l'agent de contagion se multipliait et de là se répandait dans tout le corps; un peu plus tôt ou un peu plus tard, chez les différents individus, suivant leurs prédispositions à cette maladie. « *Minera morbi gallici est hepar... particula aliqua corporis infecta potest aliam particulam inficere, et alia aliam, usque ad hepar, quod postea sic infectum per generationem novæ materiæ fovet ægritudinem, et diuturnam sive chronicam ipsam facit.... et in aliquibus fit cito, et in aliquibus cum longitudine temporis* (1). »

En 1552, Thierry de Héry écrivait qu'il avait vu plusieurs fois le chancre ne se manifester qu'un assez long espace de temps après l'acte génital : « De ma part i'ay pensé à plusieurs des ulceres en la verge, qui avoyent pululé quinze iours, trois semaines, voyre un moys apres l'acte venerien. » Et il cite le cas d'un gentilhomme « jeune, et de bonne habitude auquel longtemps apres l'acte (côme luy mesme disait) estait survenu un ulcere cacoeth et maling au mêbre viril.... » ulcère qui fut suivi de symptômes constitutionnels (2).

A une époque beaucoup plus rapprochée de nous (1784), Swediaur, un des premiers, posa, sans la résoudre, cette question de l'incubation du virus syphilitique : « Lorsque ce virus a été appliqué au corps humain, il lui faut comme aux autres contagions, un certain intervalle de temps pour produire *cette fermentation*, si je puis me servir de ce terme, qui détermine la maladie... La contagion de la petite vérole produit ses effets au bout de huit ou dix jours, si on l'a reçue par le moyen de l'inoculation. Mais quant au virus vénérien, nous sommes moins certain de l'époque à laquelle il manifeste sa présence. Il lui faut quelquefois, et peut-être dans

(1) *Nic. Massæ de morb. gall. liber*, cap. III, p. 42 (in Luisinus).
(2) *Ouvr. cité*, p. 23.

certaines personnes, un temps plus long pour produire ses effets que dans d'autres occasions ou chez d'autres sujets. J'ai vu paraître des chancres au bout de douze heures, et même plus tôt, et je puis dire sans mentir, peu de minutes après une jouissance impure, tandis que dans d'autres cas ils ne commencèrent à se manifester qu'au bout de tout autant de jours (1). »

Un peu plus tard (1786), J. Hunter émettait sur la formation du chancre la même opinion que Swediaur : « L'intervalle de temps qui existe entre l'application du virus et la manifestation de ses effets n'est pas déterminé.... J'ai vu des cas où des chancres se sont manifestés vingt-quatre heures après l'application du virus, et d'autres où ils ne se sont manifestés qu'au bout de sept semaines. Un homme n'avait pas eu commerce avec une femme depuis sept semaines lorsqu'il fut atteint d'un chancre. Un officier fut atteint d'un chancre qui apparut deux mois après toute relation sexuelle (2).

Lagneau dit que « le terme ordinaire du développement du chancre est du troisième au sixième jour, » et il pense, relativement à ces chancres qui apparaissent très-peu de temps après le coït, que l'on prend parfois pour tels des excoriations simples (3).

L'opinion de feu Cullerier sur l'incubation du chancre a été donnée par MM. Lucas-Championnière et Ratier : « Le chancre survient après un certain temps d'incubation.... (4). »... « Ce n'est jamais immédiatement après un coït suspect qu'on voit se manifester un chancre, il y a toujours une période d'incubation, dont la durée est de trois à cinq jours (5). »

M. Ricord, introduisant de nouveau dans l'étude de la syphilis l'inoculation expérimentale que Hunter n'avait pas réussi à vulgariser, crut démontrer tout d'abord que le fait de l'incubation du virus syphilitique dans la production du chancre était un fait erroné. Ainsi, en 1836, se fondant sur les résultats fournis par « plus de deux cents expériences », M. Ricord écrivait ce qui suit : « Il n'y a pas d'incubation dans le sens dans lequel ce mot est généralement employé ; il n'y a pour le chancre qu'une évolution du moment du contact du pus infectant jusqu'à la formation de l'ulcération. Il est facile d'expliquer sans l'incubation le développement tardif de certains chancres (6). »

(1) *Practical observ.*—Ou *Observ. pratiques sur les maladies vénér.* Édimb., 1784. Trad. par Gibelin, Paris, 1785, p. 2 et 3.

(2) *Ouvr. cité*, p. 402 et p. 591, 2e édit.

(3) *Traité prat. des maladies syphilitiques*, 6e édit., 1828, t. I, p. 163.

(4) Championnière, *Rech. prat. sur la thérap. de la syph.*, 1836, p. 153.

(5) S. Ratier, *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, t. XV, p. 179.

(6) *Considérations pratiques sur le chancre*, p. 6 et 7 (*Bull. génér. de thérap.*, juillet et septembre 1836).

Plus tard, dans sont *Traité pratique* (1838), dans ses notes et ses additions au traité de Hunter sur la maladie vénérienne (1839 et 1852), dans ses *Lettres sur la syphilis* et dans ses *Leçons sur le chancre* (1858), M. Ricord maintenait son opinion sur la non-incubation du virus syphilitique dans la production du chancre.

Cependant, malgré l'évidence du fait expérimental de la non-incubation du virus syphilitique dans l'inoculation (*pratiquée dans les conditions indiquées par M. Ricord, c'est-à-dire du malade au malade lui-même*), les syphiliographes, à quelques exceptions près, conservèrent leur opinion sur l'incubation du virus syphilitique, et cela parce que l'observation des malades leur fournissait tous les jours des exemples de chancres qui ne s'étaient manifestés que huit, dix, douze et quinze jours après le coït infectant, et ils en citaient des observations détaillées (Baumès, Reynaud, de Castelnau, Cazenave, Chausit, Vidal, etc.). M. Ricord répondait à ces faits cliniques, contraires aux résultats de l'inoculation expérimentale, par la remarque suivante : « Beaucoup de malades ne s'aperçoivent de l'existence d'une ulcération que lorsqu'elle a déjà acquis un assez grand développement. » (2ᵉ édit. de Hunter, p. 415.) « Cette période d'incubation qui sépare le moment de la contagion de l'époque à laquelle le chancre est reconnu par le sujet contagionné n'est, à vrai dire, qu'une période d'*inobservation* (1). » Incontestablement cela est vrai pour quelques cas. Mais cette observation peut-elle s'appliquer à tous les malades? Non, disait M. Baumès, car voici un fait où cette explication se trouve en défaut, et l'éminent spécialiste citait l'observation suivante :

Un homme exerce le coït avec une fille publique dans une maison de prostitution, et il apprend, au moment d'en sortir, que la femme avec laquelle il vient d'avoir des relations sexuelles est atteinte d'un chancre. — « Effrayé, il se hâta de *se laver exactement les parties génitales*, et il vint me trouver pour me faire part de ses craintes, en me désignant la fille qu'il accusait. J'examinai de nouveau la fille, que je trouvai affectée de plusieurs chancres de forme huntérienne, disposés tout autour de l'orifice du vagin. L'homme, de son côté, n'offrit absolument rien à mon examen. Je lui recommandai de venir me trouver le lendemain et tous les jours. Je saisis avec empressement cette occasion d'observer ce qui allait se passer au milieu de circonstances si bien connues, si clairement établies.

« Les premiers jours il n'arriva rien, et aucune espèce de symptôme ne se manifesta dans les parties. Le cinquième jour, un point rouge de la grosseur d'une lentille, avec élévation et sensation de prurit, apparut au côté gauche du prépuce, vers la couronne du gland. Le lendemain, sans vésicule apparente, ou du moins sans que j'aie pu la constater, il se forma au centre de l'élévation une petite croûte à la chute de laquelle, les jours suivants, une ulcération arrondie, de forme huntérienne sans grande inflammation, se dessina parfaitement (2). »

(1) *Leçons sur le chancre*, rédigées par M. A. Fournier, 1858, p. 80.
(2) P. Baumès, *Précis théor. et prat.*, p. 13.

Un autre observateur, M. de Castelnau, rapportait dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (t. I, p. 212, 1844), l'observation d'un médecin qui, s'examinant tous les jours avec soin, après un coït suspect, constata sur lui-même l'existence de la période d'incubation.

Dans le même recueil (t. IV, p. 174), M. Chausit citait l'observation d'un élève d'Alfort qui, ayant exercé le coït le 21 avril 1851, avec une femme suspecte et examinant tous les jours ses organes génitaux depuis ses rapports avec cette femme, vit le 19 mai « une érosion de l'épithélium qui n'existait pas la veille, » érosion qui s'indura, donna lieu à un engorgement ganglionnaire, et fut suivie (juillet) d'une syphilide papulo-squameuse.

En 1845, le professeur Reynaud (de Toulon) émettait la même opinion que M. Baumès sur l'incubation du chancre : — « Les chancres n'apparaissent jamais immédiatement après le coït.... Il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui n'ont vu survenir leurs chancres que douze ou quinze jours après leurs relations sexuelles, et la science possède quelques exemples de retard plus grand encore dans leur manifestation.... Cet intervalle constitue une véritable incubation » (1).

Il y a plus de dix ans que, dans nos cours publics sur la syphilis, nous disons que la contradiction des syphiliographes dans la question de l'incubation du chancre, tient à ce qu'ils ont toujours confondu dans leurs descriptions le chancre infectant et le chancre local, le chancroïde ; — *que le chancre infectant seul est toujours précédé d'une période d'incubation;— que le chancroïde n'incube pas.*

Cette distinction importante dans la question qui nous occupe est établie par nous dans les termes suivants, dans notre *Mémoire sur le chancroïde* (1854) : « Le chancre induré est précédé dans son développement « d'une période de temps variable, *mais constante*, qui constitue sa période d'incubation. » (P. 7.) « Le chancre simple n'infectant pas, c'est-à-« dire ne produisant pas d'effets diathésiques, n'incube pas. » (P. 8.)— Plusieurs de nos élèves, dans leur dissertation inaugurale, se sont étendus sur ces propositions, en les appuyant sur des faits qu'ils avaient observés avec nous, ou sur des faits que nous leur avions communiqués (2).

Les preuves de l'existence d'une période d'incubation dans la production du chancre infectant sont fournies : 1° par l'observation des malades ;

(1) *Traité prat. des mal. vénér.* Toulon-Paris, 1845, p. 31, 38 et 39.

(2) J. B. Blacheyre, *Du diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancre non infectant, ou du chancre et du chancroïde.* Paris, avril 1855.

R. Vivien, *Considérations sur les maladies contagieuses virulente.* Paris, 1855.

M. Roux, *Quelques considérations sur la syphilis.* Paris, janvier 1857.

Mel. Villarcal, *Étude sur le chancre.* Montp., mai 1865.

2° par l'inoculation expérimentale ou artificielle du virus syphilitique.

1° *Preuves de l'incubation du chancre infectant tirées de l'observation des malades.* — Si l'on interroge les malades atteints de chancres, et si l'on cherche à préciser par leurs réponses quel intervalle de temps s'est écoulé entre le coït et l'apparition de ces chancres, on apprend que cet intervalle de temps est très-variable. Les uns affirment que les chancres se sont manifestés le jour même ou le lendemain de la contagion ; d'autres disent qu'ils les ont observés plusieurs jours après. Il en est d'autres, enfin, qui affirment ne les avoir constatés qu'une et même plusieurs semaines après les rapprochements sexuels.

Cette variation dans les réponses des malades est la conséquence d'un fait clinique vrai : la variabilité du début des chancres. Remarquons bien que, dans cet interrogatoire de *tous* les malades atteints de chancres, nous confondons, et ceux dont les chancres seront suivis d'effets diathésiques, c'est-à-dire ceux dont le chancre est infectant, et ceux chez lesquels le chancre restera local.

Mais si l'on restreint son interrogatoire ou son examen à ceux des malades dont les chancres sont infectants, on voit tout d'abord un commencement d'ordre surgir dans la confusion ou dans la divergence de leurs réponses retativement à l'existence ou à la non-existence de la période d'incubation. — Il n'est pas un seul malade, en effet (sauf les causes d'erreur que nous indiquerons), qui ne dise que son chancre n'a débuté qu'un certain nombre de jours après le coït. Et, si, parmi ces malades, il en est dont l'intelligence est exercée à l'observation, ceux-là donnent sur le début du chancre infectant de précieux renseignements : alors le fait de l'incubation apparaît, nous osons le dire, dans toute son évidence. Le lecteur en jugera par les observations qui suivent :

Obs. Ire. — Rapports sexuels le 10 juillet. — Début du chancre vers le 7 août. — Durée de l'incubation : quatre semaines (1).

« Le 10 juillet 1853, j'eus des rapports sexuels avec une fille publique ; comme elle avait encore un peu ses règles, *je me lavai immédiatement après le coït*. Les jours suivants, je m'observai avec beaucoup de soin ; je n'aperçus absolument rien.

Le 15 juillet, je quittai Paris pour rentrer dans ma famille. *J'eus encore le soin de m'observer les premiers jours de mon arrivée ;* mais, comme rien ne se manifesta, je me crus à l'abri de toute maladie vénérienne, lorsque le 7 du mois d'août, pendant qu'on me rasait, une douleur cuisante sur la verge attira mon attention. Je sortis immédiatement pour me rendre compte de ce que je ressentais ; alors je vis à droite du frein une très-petite excoriation, légèrement saillante, et d'un gris jaunâtre. J'eus immédiatement l'idée que c'était le début d'un chancre ; toutefois, le long

(1) Observation rédigée par le malade M. X..., un de nos élèves alors.

intervalle qui séparait mes derniers rapports sexuels, et la certitude que j'avais de ne plus m'être exposé à aucune espèce de contagion, ébranlèrent mon opinion, et je finis par croire que j'avais affaire à un simple herpès. »

« Quoi qu'il en soit, je me cautérisai immédiatement avec le nitrate d'argent fondu. Le lendemain, nouvelle cautérisation. Les jours suivants, l'ulcération s'agrandit, et, en trois jours, elle atteignit une étendue qu'elle n'a pas dépassée, et que j'évalue à un demi-centimètre de diamètre. Dès lors je ne doutai plus de la nature de cette ulcération, j'étais convaincu que c'était un chancre bien caractérisé; il ne tarda pas d'ailleurs à s'indurer et à présenter les caractères qui font reconnaître un chancre infectant. »

« Au commencement du mois d'octobre, je sentis un malaise général; j'étais abattu. courbaturé; j'éprouvais des maux de tête terribles, des frissons qui se prolongeaient quelquefois pendant des heures entières. Au bout de cinq à six jours, je vis apparaître sur toute la surface du corps, principalement sur la poitrine, une éruption qui devint très-confluente, dura très-longtemps, et ne disparut complétement qu'au bout de trois mois, etc. »

OBS. II. — Rapports sexuels le 8 novembre. — Début du chancre vers la fin du mois. — Durée de l'incubation : trois semaines.

Le 28 décembre 1853, un jeune docteur vint nous demander quelques conseils pour deux chancres situés sur la muqueuse préputiale, en arrière de la couronne du gland, et datant d'un mois environ.

Ce jeune confrère nous demandant quelle était notre opinion sur l'incubation, nous lui répondîmes qu'il y avait incubation quand il y avait infection, et que la période d'incubation manquait quand le chancre n'était pas infectant. « S'il en est ainsi, dit le malade, j'ai bien peur d'avoir la vérole constitutionnelle; car chez moi l'incubation a eu lieu, et elle a même été assez longue. En effet, le coït infectant a eu lieu le mardi 8 novembre, je n'ai pas revu de femmes depuis cette époque, et c'est seulement vers les derniers jours de ce même mois de novembre, qu'un matin je me suis aperçu de l'existence de deux petites excoriations grisâtres, de l'étendue d'une tête d'épingle à peine, de niveau avec la muqueuse, et que je crus si peu de nature chancreuse que je ne songeai pas à les cautériser. »

Nous fîmes remarquer au malade que ces exulcérations, en raison de leur petite étendue, existaient peut-être depuis plusieurs semaines au moment où il les découvrit. Il répondit que cela ne pouvait être, parce qu'ayant une sécrétion sébacée assez abondante entre le gland et le prépuce, il faisait des lotions tous les jours, et qu'il n'avait rien vu pendant les trois premières semaines qui suivirent le coït.

La période d'incubation nous paraissant évidente dans ce cas, nous annonçâmes que ces chancres étaient infectants; jugement qui fut confirmé dans le courant du mois de janvier par l'apparition d'accidents secondaires.

OBS. III. — Rapports sexuels le 2 octobre. — Apparition du chancre *six ou huit jours* après.

Un jeune homme de vingt-deux ans, employé dans une administration, vint nous consulter le 3 novembre 1854. Il portait sur la muqueuse préputiale, un peu en arrière et à droite de la couronne du gland, une ulcération grisâtre, superficielle, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, reposant sur une base épaisse plutôt qu'indurée. Ce malade nous raconta que le 2 octobre, au retour d'un voyage, il avait eu une

seule fois des rapports sexuels avec une femme qu'il n'a pas revue, non plus que toute autre.

Six ou huit jours après, c'est-à-dire le 8 ou le 10 octobre, il avait remarqué comme une tache rouge, un peu saillante, sur laquelle se forma le lendemain un *bouton* analogue à ceux qui viennent parfois aux lèvres après un accès de fièvre.

Nous fîmes observer au malade que peut-être le petit *bouton* dont il parlait existait depuis plusieurs jours lorsqu'il le vit pour la première fois. Il nous répondit que cela n'était pas possible, parce que, faisant tous les jours des lotions sur le gland, surtout depuis une excision de végétation que nous lui avions faite, il aurait vu ce bouton s'il avait existé avant le jour où il l'aperçut pour la première fois.

Ces renseignements nous paraissant exacts, nous annonçâmes au malade que son ulcération était de l'espèce de celles qui sont suivies de la syphilis constitutionnelle. — Le 7 décembre, nous constations l'existence d'une roséole syphilitique, roséole qui plus tard s'accompagna de plaques muqueuses des lèvres et de l'isthme du gosier.

Obs. IV. — Rapports sexuels le 14 juillet. — Début du chancre le 29.

Le 31 juillet 1854, un ouvrier opticien (Eugène X...), âgé de vingt-cinq ans, se présenta à notre dispensaire. Il portait deux chancres indurés types, situés sur la muqueuse préputiale en arrière du gland, chancre dont il avait reconnu l'existence il y avait trois semaines, et qui furent suivis d'accidents constitutionnels pour lesquels il revint souvent au dispensaire. Ce malade nous paraissant fort intelligent, nous l'interrogeâmes avec soin sur le début de ses chancres, et voici ce qu'il rapporta :

Il avait exercé le coït dans une maison publique, le 14 juin. — Ayant déjà eu, en décembre 1852, des chancres pour lesquels il fut soigné à l'hôpital du Midi, il avait contracté l'habitude de s'observer dans les jours qui suivaient les rapprochements sexuels, surtout lorsqu'ils lui paraissaient suspects.

Après sa visite au *district* (c'est ainsi qu'il appelait une maison publique), il explora avec soin ses organes génitaux, et cela pendant huit ou dix jours. — N'ayant constaté l'existence d'aucune lésion après ce laps de temps, il ne songeait plus à rien, lorsque quinze jours après le coït, et à la suite d'une longue marche, des *picotements* insolites attirèrent son attention sur ses organes génitaux. Il observa alors comme deux petites écorchures de 2 ou 3 millimètres de diamètre qui augmentèrent rapidement, s'étendirent les jours suivants, et devinrent les indurations qu'il nous présentait (31 juillet). Il n'avait pas revu de femmes depuis le 14 juin.

Obs. V. — Début du chancre *trois semaines* après la contagion.

M. X..., docteur en médecine, aujourd'hui décédé. — Chancre infectant labial, en 1855. — Lors de la première consultation que vint nous demander notre bien regretté confrère, nous feignîmes de ne pas croire à l'incubation du chancre. Il s'exalta alors contre nous, nous prouvant que son chancre labial n'avait paru que trois semaines après certaines conditions de contagion, nous dit-il en souriant, qui avaient seules pu lui donner naissance. « Comment pouvez-vous supposer, nous disait-il, qu'un chancre situé sur le bord libre de la lèvre, région à découvert, que l'on voit tous les jours (il se rasait lui-même), puisse passer inaperçu plusieurs jours après son début, et cela sur un médecin qui avait de bonnes raisons pour ne pas être indifférent à l'apparition sur cette même région d'une affection quelconque ? »

OBS. VI. — Début du chancre après *dix ou douze jours* d'incubation.

M. X..., docteur en médecine aussi, homme soigneux et méticuleux. — Rapports sexuels dans les premiers jours de janvier 1857. — Lotions après le coït. — Lotions et examen des organes génitaux les jours suivants. Dix ou douze jours après, une érosion qui lui paraissait insignifiante se manifesta sur la muqueuse préputiale, à droite et en arrière du gland, très-près du frein. — Sa persistance lui donnant quelques inquiétudes, il vint prendre notre avis. — Nous lui affirmâmes qu'il s'agissait là d'un chancre infectant. — Quinze jours après, induration type, adénites, et plus tard roséole et angines syphilitiques. — Ce confrère est si sûr d'avoir constaté sur lui la période d'incubation, qu'il ne comprend pas l'incrédulité de quelques médecins sur ce point de doctrine.

OBS. VII. — *Dix-neuf jours* d'incubation.

20 avril 1857. — Un jeune homme nous consulta pour une blennorrhagie compliquée d'épididymite, et nous rapporta qu'il avait passé quelque temps, vers la fin de l'année précédente (1856), à l'hôpital du Midi, pour y être traité d'un chancre induré qui fut suivi d'accidents constitutionnels. « Ce chancre, nous dit-il, n'a paru que le dix-neuvième jour après le coït infectant. » Comme nous nous étonnions de la précision avec laquelle ce malade fixait la période d'incubation, il nous répondit : « Je savais que la femme avec laquelle j'avais eu des rapports avait rendu malades plusieurs de mes camarades, et je m'observais tous les jours. »

OBS. VIII. — Deux malades contagionnés le même jour et par la même femme. — *Cinq jours* d'incubation chez l'un; — *douze jours* chez l'autre.

Juillet 1853. — Deux ouvriers maçons avaient eu des relations sexuelles le même jour avec la même femme, dans une maison publique. Cinq jours après, l'un d'eux aperçut qu'il était malade (chancre infectant solitaire du repli préputial en arrière du gland). Il fit part de sa mésaventure à son camarade. Celui-ci, craignant le même sort, explora immédiatement et avec soin ses organes génitaux, qu'il trouva complétement sains. Il renouvela tous les jours cet examen, et ce n'est que sept jours après la révélation du premier malade et douze jours après le coït, qu'il aperçut deux petites écorchures dans le sillon glando-préputial, écorchures qui *tournèrent* en chancres, suivant l'expression du malade.

L'observation suivante est remarquable par la précision que lui donnent et les circonstances bien connues de la contagion, et la constatation du début du chancre.

OBS. IX. — Chancre labial; incubation de *quatre semaines*.

Le 17 novembre 1864, une *fille insoumise*, Victorine K..., atteinte d'une uréthrite purulente, fut internée à Saint-Lazare, et placée dans notre service.

Le 15 décembre, à la visite, notre attention est appelée sur une excoriation singulière de la peau de la lèvre supérieure, près de la commissure labiale, du côté droit.

Après un examen attentif, nous pensons qu'il s'agit d'un chancre infectant à la pé-

riode de début ; — diagnostic ultérieurement confirmé par le volume de l'induration, le développement des ganglions sous-maxillaires, et une syphilide papuleuse.

Pressée de questions sur les circonstances qui avaient pu déterminer ce chancre, Victorine K... nous avoua que pendant son séjour au dépôt de la préfecture de police, deux ou trois jours avant son entrée à Saint-Lazare, elle avait consenti, pour la modique somme de 2 francs, à se livrer, sur une de ses compagnes d'infortune, à une pratique de libertinage que révélait assez le siége du chancre.

Nous pourrions facilement grossir le nombre des observations portant sur des faits d'incubation bien constatés par les malades. Mais nous devons nous limiter. Qu'il nous soit permis cependant de parler très-brièvement de quelques cas d'incubation appartenant à une autre catégorie de malades, ceux atteints de blennorrhagie et de chancres infectants.

Un malade contracte parfois dans le même coït une blennorrhagie et un chancre infectant. Interrogez avec soin ces malades, et vous apprendrez que le chancre n'a paru que plusieurs jours ou même plusieurs semaines après la blennorrhagie (1).

Il nous est arrivé d'observer des chancres infectants huit, douze, quinze jours après le début d'une blennorrhagie, et cela dans des circonstances où une erreur ne peut être commise sur l'*âge* des chancres ; voici pourquoi.

Lorsqu'un malade atteint d'une blennorrhagie se présente à nous pour la première fois, nous avons l'habitude d'explorer avec attention la muqueuse préputiale. Il est facile de voir si un chancre existe ou n'existe pas sur cette région. Eh bien ! ce n'est parfois qu'à notre deuxième ou à notre troisième consultation du malade que nous constatons l'existence d'un chancre. Il est bien entendu que, dans ces cas, nous nous assurons par des questions pressantes que le coït n'a pas été exercé par le malade depuis le début de la blennorrhagie (2).

Voici d'ailleurs un fait observé dans des circonstances où une erreur n'est guère possible : M. le docteur Alquié (de Montpellier) a cité l'observation d'un jeune homme qui entra à l'hôpital le 22 avril 1836 pour y être traité d'une blennorrhagie. « Le malade se proposait de quitter immédiatement l'hôpital, lorsque le 29 mai il se manifesta, en arrière de la couronne du gland, un chancre que l'on traita par les pilules de sublimé (3). »

Lorsqu'il sera question de la blennorrhagie, nous verrons qu'il n'est pas possible d'expliquer l'apparition tardive du chancre *infectant*, coïn-

(1) Hunter connaissait ce fait clinique, car il a écrit : « Le chancre apparaît plus tard que la gonorrhée. » (Trad. de Richelot, 2e édit., p. 402.)

(2) Le moyen le plus sûr de connaître la vérité, dans ces cas et dans d'autres cas analogues, est de dire nettement et fermement au malade que s'il nous trompe sur ce point, il en subira les conséquences : le traitement devant être complétement différent suivant le jugement que nous portons sur son mal, jugement qui ne peut qu'être basé sur ses réponses.

(3) *Mém. sur l'inoculation expérimentale des maladies vénériennes* (*Gazette méd. de Paris*, 1837, p. 629, obs. 1re).

cidant avec l'uréthrite, par la contagion ou l'inoculation du pus de la blennorrhagie coexistante. D'ailleurs, dans cette observation de M. Alquié, le pus blennorrhagique avait été inoculé sans résultat.

Dans la recherche des faits cliniques relatifs à l'incubation du chancre infectant, il est une cause d'erreur contre laquelle nous ne saurions trop mettre en garde. — Dans les grands centres de population, par la facilité des relations sexuelles, il arrive souvent qu'un même individu exerce le coït avec plusieurs femmes dans une assez courte période de temps. L'apparition d'un chancre infectant peut donc coïncider avec un coït exercé la veille ou depuis peu de jours. Dans ces circonstances on pourrait facilement croire à l'absence de la période d'incubation, car ce n'est quelquefois qu'à l'occasion du dernier coït que le malade fait la découverte de son chancre. On pourrait, en outre, dans ce cas, se tromper étrangement sur la source ou la provenance du chancre, comme on le voit dans les deux observations suivantes.

Obs. X. — Le 5 décembre 1856, un jeune homme nous consulta pour une affection exulcéreuse du pénis n'ayant que deux ou trois jours d'existence, et que nous annonçâmes être un chancre infectant.

Ce malade pensa que nous nous trompions. Il avait vu, le matin même du jour où il nous consultait, le médecin de sa famille, médecin distingué des hôpitaux, qui avait jugé l'affection insignifiante ; en outre, il avait toutes raisons de penser, disait-il, que la jeune femme avec laquelle il avait des relations depuis environ trois semaines n'était pas malade.

Ne partageant pas sa quiétude sur la santé de cette personne, et maintenant notre diagnostic que confirmèrent plus tard, et l'induration de l'érosion, et l'apparition des accidents constitutionnels, nous décidâmes le malade à nous faire visiter sa maîtresse. Nous ne trouvâmes rien, absolument rien de suspect chez cette jeune femme qui, sûre d'elle et inquiète, vint seule, le lendemain, nous prier de l'examiner une seconde fois.—Même attention apportée à cet examen, fait avec un spéculum à quatre valves ; même résultat négatif.

Nous en étions à croire à la possibilité d'une contagion médiate, lorsque plus tard le jeune homme nous avoua que, trois semaines avant d'avoir connu la jeune fille examinée par nous, il avait exercé le coït avec une femme qu'il savait être actuellement malade, ainsi que son amant.

Obs. XI. — A la fin du mois d'avril 1857, un ouvrier allemand fut amené à notre dispensaire par un de ses camarades. Il portait un chancre induré, et *une roséole à son début.*

Nous demandâmes au malade combien de temps après les rapports sexuels avait débuté le chancre ; il répondit qu'il avait exercé le coït le dimanche 5 avril, et qu'il s'était aperçu du chancre le lendemain. Mais il avait eu des rapports sexuels avec une autre femme, le jour de la mi-carême, c'est-à-dire dix-huit jours avant celui où il fit la découverte de son chancre.

Nous n'avons visité ni l'une ni l'autre femme ; mais comme nous n'avons pas rencontré un seul chancre infectant qui n'ait été précédé d'un certain temps d'incubation, nous pensons qu'il est permis de conjecturer que ce malade avait contracté son

chancre dans ses rapports sexuels avec la première femme. L'aspect du chancre, l'étendue de l'induration, et enfin l'existence de la roséole, eussent d'ailleurs suffi pour nous permettre d'affirmer que le chancre remontait à plus de trois semaines.

Une autre cause d'erreur dans l'appréciation de la *durée* de la période d'incubation résulte du peu de précision dans les observations des malades relativement au début réel du chancre infectant. Il est assez rare que les médecins soient consultés assez tôt pour constater et préciser eux-mêmes ce début ; il y a donc nécessité pour eux d'avoir recours à des commémoratifs fournis par les malades. Or les malades ne sont pas des observateurs-nés. Il en est incontestablement qui ne s'aperçoivent pas immédiatement de l'existence d'un chancre, et cela est si vrai, qu'il nous est arrivé plus d'une fois, chez des malades atteints de blennorrhagie, etc., de constater la présence d'un chancre dont le malade ignorait l'existence.

Dans certaines circonstances, la constatation de l'incubation est impossible. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de malades ayant des relations sexuelles avec la même femme, jusqu'au moment du début du chancre. Comment savoir, dans ces cas, quel a été le coït infectant? Quel jour assigner à la contagion? Il faut donc reconnaître qu'en pathologie, comme dans toute autre science, les faits simples, c'est-à-dire d'une constatation facile, doivent éclairer les faits analogues qui se produisent dans des conditions moins favorables à leur observation. Et ainsi un fait général bien établi nous guide ou nous éclaire dans la recherche de ceux qu'obscurcissent certaines circonstances de détail ou de coïncidence qui, de prime abord, nous les font paraître contradictoires ou exceptionnels.

2° *Preuves de l'incubation du chancre infectant déduites de l'inoculation expérimentale.* — Les syphiliographes qui n'admettent pas l'existence d'une période d'incubation dans la production du chancre infectant considèrent, avons-nous dit, les faits cliniques dont nous venons de donner quelques exemples, comme des faits mal observés par les malades ou par les médecins.

Si un intervalle de temps s'écoule, disent-ils, entre le moment de la contagion et celui où se manifeste le chancre, c'est parce que le virus a été déposé sur une peau saine. Mettez, ajoutent-ils, le virus dans les conditions voulues pour que l'inoculation ait lieu, sur la peau dénudée, et vous verrez que la période d'incubation est une période d'*inobservation*, « qu'il n'y a pas plus d'incubation après l'insertion du pus virulent sous l'épiderme qu'à la suite d'une épine plantée dans les chairs (1). Dans ses *Leçons sur le chancre*, M. Ricord soutient la même opinion sur

(1) Ricord, *Notes à Hunter*, 2e édit., p. 62.

la non-incubation du chancre infectant, ne s'apercevant pas encore que le seul argument qu'il a donné à l'appui de cette opinion, l'inoculation expérimentale pratiquée, comme il l'a toujours fait, du malade au malade, est une inoculation étrangère au chancre infectant, ainsi que nous allons le démontrer.

En effet, si vous inoculez un malade portant un chancre, — avec le pus de ce chancre lui-même, que faites-vous? — Si le chancre de ce malade est un chancre infectant, cette inoculation itérative est évidemment pratiquée, non sur un sujet sain, mais sur un sujet diathésé, sur un individu qui a déjà la syphilis constitutionnelle; car nous savons que l'infection générale ou précède, ou suit de près le début du chancre infectant. Or, dans ce cas particulier, l'inoculation itérative si elle réussit ne produit pas un second chancre infectant, mais un chancre modifié par l'état constitutionnel du sujet soumis à l'expérimentation. Un malade atteint d'un chancre infectant, et inoculé avec le pus de ce chancre, est donc un sujet sur lequel l'expérimentation ne peut rien nous apprendre relativement à l'incubation du chancre vrai.

Si le chancre que porte le malade soumis à l'expérimentation est un chancroïde, c'est-à-dire un chancre non infectant, ce chancre n'incubant pas, celui que vous reproduirez n'incubera pas non plus. Mais vous ne pouvez pasgénéraliser ce fait, c'est-à-dire l'appliquer au chancre infectant, car ce serait faire ce singulier raisonnement : le chancre simple n'incube pas, donc le chancre infectant n'incube pas.

L'inoculation expérimentale, pratiquée dans les conditions où s'est toujours placé M. Ricord, c'est-à-dire l'auto-inoculation, est donc impuissante à élucider la question de l'incubation du chancre infectant. — C'est en inoculant le virus syphilitique à des individus sains que l'inoculation peut être utilisée dans l'étude de la question qui nous occupe, celle de l'incubation du chancre infectant.

Nous n'avons jamais tenté cette démonstration par la raison bien simple que donner la syphilis à un sujet sain, est une expérimentation que la plus simple notion de nos devoirs envers nos semblables nous interdit d'une manière absolue.

Mais il existe dans la science des observations authentiques d'inoculations du virus syphilitique faites dans les conditions dont nous parlons, c'est-à-dire, pratiquées d'individu malade à individu sain; or dans ces hétéro-inoculations la période d'incubation a toujours été constatée.

Le fait d'incubation le plus circonstancié que nous puissions rapporter est celui que nous trouvons dans une observation qui a eu un grand retentissement à l'époque de la discussion académique sur la syphilisation. Il est relatif à ce courageux étudiant allemand, M. Lindemann, qui, voulant vérifier quelques-unes des assertions des syphilisateurs, s'inocula la

syphilis. Voici ce fait d'incubation tel qu'il a été consigné dans le rapport de M. Bégin. (1)

Un ami de M. L..., ayant contracté un chancre infectant le 15 avril 1851, une roséole se manifesta le 9 juin, et le 16 du même mois, « c'est-à-dire le septième jour de l'éruption cutanée, apparurent à chaque amygdale une ulcération profonde et à la langue des gerçures, etc. »

« Le 8 juillet, vingt-deuxième jour de l'existence du chancre amygdalien, M. L... recueillit la sérosité à peine purulente fournie par l'ulcération de l'amygdale gauche, avec une lancette neuve, et l'inséra à la face antérieure de son avant-bras gauche.

« *Les dix premiers jours* depuis l'inoculation se passèrent sans que rien de particulier fût observé; mais le lendemain (*onzième jour*) M. L... aperçut une petite papule de la grandeur d'une tête d'épingle... » Elle s'agrandit, se recouvrit d'une croûte, et enfin « cet ulcère primitif atteignit la grandeur d'une pièce d'un franc... »

Le 1er octobre, après plusieurs jours de vives douleurs rhumatoïdes, « éruption de papules en grande quantité sur tout le tronc, etc. »

Ainsi, entre le moment où le virus syphilitique a été inoculé sur le bras de M. L... et le moment où s'est manifesté le premier travail local appréciable dans le lieu d'insertion du virus, s'est écoulé une période de temps qui a été exactement notée, et elle a été de *dix jours*.

Nous rapprocherons de cette observation l'inoculation faite à Lyon, en 1859, par M. Guyenot, alors interne à l'Antiquaille, inoculation dans laquelle l'incubation a été de vingt-huit jours.

Le 7 janvier 1859, un garçon atteint d'une teigne faveuse, fut inoculé au bras droit par quatre piqûres, faites avec une lancette imprégnée de pus virulent recueilli sur les papules muqueuses anales d'un malade couché dans le service de M. Rollet.

Les points inoculés observés tous les jours ne furent le siége d'aucun travail morbide pendant 28 *jours*.

Le 4 février, 28 jours après l'inoculation, les piqûres rougirent; le 5 elles contenaient du pus, et le 7 formaient des ulcérations.

Le 30 mars, une roséole se manifestait sur le tronc et sur les membres (2).

Dans les observations publiées par Wallace, de Dublin (3), on trouve de précieux exemples d'incubation du virus syphilitique dans les inoculations *pratiquées sur des individus sains*. — Dans toutes les observations, sans exception, où l'inoculation fut suivie d'infection constitutionnelle chez l'inoculé, nous voyons mentionnée la période d'incubation.

Voici le résumé de deux de ces observations :

(1) *Rapport sur un fait relatif à la syphilisation. Académie impériale de médecine*, 20 juillet 1852.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 15 avril 1859, p. 234.

(3) Dans la *Syphilidologie* de Behrend, 1841, trad. de B. Schnepf (*Annales des mal. de la peau*, etc., t. IV, p. 34).

1er juin 1835. — Du pus recueilli sur une lancette dans les pustules de J... S..., atteint d'une syphilide pustuleuse, fut inoculé au moyen de piqûres sur la peau du pénis de J... M..., jeune homme sain, âgé de vingt-trois ans.

« *Le* 6, *l'inoculation ne donne encore aucun résultat.*

» Plus tard (le 28), ulcération superficielle dans le point d'insertion du virus. — Adénites inguinales.

» Le 24 juillet, « tout le corps est couvert d'un exanthème syphilitique. »

15 novembre 1835.— « Sur les deux cuisses de P... M..., jeune homme sain, sont faites trois piqûres sur lesquelles on applique du pus des pustules de J... K..., qui portait sur le corps un grand nombre de pustules syphilitiques.

» 22. — *Les piqûres ne sont point enflammées.*

» 24. — *Même état.* Je recommande au malade de m'avertir dès qu'il sentira de la douleur dans les points d'inoculation. »

Plus tard, formation de croûte sur les piqûres d'inoculation. « En pressant sur ces croûtes, on fait suinter sous leurs bords une certaine quantité de pus épais, etc. » Accidents constitutionnels constatés dans le mois de janvier.

L'étude de la question de la transmission de la syphilis par les lésions secondaires ayant donné lieu, dans ces dernières années, en France et à l'étranger, à de nombreuses inoculations expérimentales du virus syphilitique, nous trouverions dans ces faits de nouvelles preuves relativement à l'incubation de la lésion d'inoculation.

Dans toutes les inoculations suivies d'un résultat positif, nous voyons notée la période d'incubation. Dans les inoculations faites par M. Gibert, à l'hôpital Saint-Louis, l'incubation a été de dix-sept jours dans l'une, de vingt-cinq jours dans l'autre, et de trente-cinq jours dans un autre cas. — A propos de ces faits, M. Gibert a formulé la proposition suivante : « Les lésions locales, consécutives à l'inoculation des accidents secondaires, n'apparaissent jamais avant la fin de la deuxième semaine; la longueur de l'incubation est un fait caractéristique (1). »

Dans les inoculations pratiquées par Waller, par Rinecker, par de Bœrensprung, par Lindwurm, etc., l'incubation de la lésion d'inoculation a été notée et précisée.

Ainsi, l'inoculation expérimentale du virus syphilitique faite sur un individu sain, fournit, comme l'inoculation accidentelle, les preuves de l'existence de l'incubation du chancre infectant.

Les faits cliniques, et ceux fournis par l'inoculation expérimentale qui établissent le fait de l'incubation du chancre infectant, nous prouvent, en outre, que *la durée de cette incubation est variable chez ces différents individus.*

Nous avons fait tous nos efforts pour connaître la durée *moyenne* de

(1) *Traité pratique des mal. de la peau et de la syphilis*, t. 2, p. 485.

l'incubation du chancre infectant. Mais, la difficulté de préciser le jour du début du chancre infectant dans les faits cliniques, et le petit nombre des inoculations expérimentales qui peuvent être utilisées à ce point de vue, ne nous permettent pas de donner la formule exacte de cette moyenne.

Il résulte de l'analyse de nos observations sur ce sujet, qu'en plaçant le début du chancre infectant du quatorzième au seizième jour qui suit la contagion, cette évaluation de la durée de l'incubation, sans être une moyenne exacte, nous paraît néanmoins très-approximative.

Plusieurs syphiliographes se sont efforcés de préciser la durée moyenne de l'incubation du chancre infectant : les résultats différents que donnent leurs statistiques, prouvent combien il est difficile d'être fixé sur ce point. M. Diday « a interrogé avec le plus grand soin » vingt-neuf malades atteints de chancres infectants. Le nombre des jours d'incubation pour ces vingt-neuf cas étant de quatre cent sept, la durée moyenne de l'incubation a été de quatorze jours (1).

M. Fournier, dans un travail récent, a réuni quarante-six cas, donnant un nombre total de quatorze cent quatre-vingt-quatorze jours d'incubation : la moyenne est donc de trente-deux jours (2).

M. Rollet, analysant et groupant les faits d'incubation fournis par l'inoculation expérimentale, trouve vingt-huit cas dans lesquels la durée de l'incubation a été précisée. — Le nombre sept cent seize représentant les jours d'incubation, la durée moyenne est de vingt-cinq jours (3).

Le *minimum* de durée de la période d'incubation du virus syphilitique dans la production du chancre infectant, ne nous est pas connu. Nous trouvons dans les auteurs quelques cas de chancre infectant qui se seraient manifestés deux ou trois jours après le coït. Dans aucune des observations rapportées par nous, cette durée n'a été moindre de cinq jours.

Nous ne savons pas exactement non plus combien de temps après la contagion peut encore apparaître un chancre infectant. Vingt-huit jours se sont écoulés dans trois des observations dont nous avons donné le résumé. Thierry de Héry a cité le cas de chancres n'ayant paru qu'un mois après l'acte vénérien, et Hunter a vu des chancres ne survenir que sept et huit semaines après le coït infectant. Nous avons tout récemment observé un malade chez lequel la durée de l'incubation a été de deux mois. Pour ces cas de très-longue durée de la période d'incubation, il y a toujours lieu de se mettre en garde contre les causes d'erreur que nous avons signalées, et il est d'ailleurs incontestable que ces cas sont fort rares.

Le fait de l'incubation du chancre infectant étant reconnu et admis,

(1) *Gazette méd. de Lyon*, 1858, p. 89.
(2) *Recherches sur l'incub. de la syphilis*, Paris, 1865.
(3) *Traité des mal. vénériennes*, p. 357.

nous aurons à établir plus loin quelle en est la valeur au point de vue du développement de la diathèse syphilitique.

§ II. Du chancre infectant à la période de début.

Les syphiliographes qui ont décrit le chancre syphilitique primitif, disent qu'il commence tantôt par une affection vésiculeuse analogue à l'herpès, tantôt par une excoriation ou une ulcération d'emblée. Mais, ici encore, ils confondent le chancre infectant et le chancroïde. Ainsi, lorsque M. Ricord dit que « les formes que prend au début le chancre induré sont les mêmes que celles du chancre simple : tantôt c'est une pustule qui précède l'ulcération, tantôt cette dernière s'établit d'emblée » (*Leçons sur le chancre*, p. 81), il tombe à son insu dans cette confusion.

Dans les inoculations accidentelles, celles qui résultent des relations sexuelles, par exemple, le chancre infectant débute presque toujours par une excoriation, c'est-à-dire par une affection de la peau ou des muqueuses qui revêt d'emblée le caractère exulcéreux. Nous ne nions pas d'une manière absolue le début vésiculo-pustuleux du chancre infectant; nous affirmons seulement que cette forme vésiculeuse du chancre infectant naissant est relativement fort rare ; nous ne l'avons pas une seule fois constatée *de visu* sur les malades, tandis que nous avons maintes fois observé le début vésiculo-pustuleux du chancre simple.

Voici, suivant nos observations, comment débute le chancre infectant dans les contagions accidentelles.

Si c'est une membrane muqueuse qui a été le siége de cette contagion, la partie contaminée, ou plutôt un point restreint et limité de cette muqueuse, après une période de temps variable (incubation), devient fréquemment le siége d'un prurit ou d'une démangeaison inusités (Hunter), et même parfois d'élancements douloureux. — Dans le même temps se manifeste une inflammation superficielle et circonscrite de la muqueuse contaminée ; on dirait d'une *érosion* très-légère semblable à celle qui résulterait d'un frottement ou d'un grattage exercés sur ce point. — A une époque très-rapprochée du début de ce travail inflammatoire, le centre de l'*érosion* se couvre d'une sorte de fausse membrane ayant quelque ressemblance avec les plaques diphthéritiques que nous verrons caractériser certaines formes d'accidents syphilitiques constitutionnels des membranes muqueuses.

Cette fausse membrane, ou plutôt ce produit diphthéritique particulier, recouvre bientôt la plus grande étendue de l'érosion inflammatoire primitive, et lui adhère d'une manière si intime qu'il est impossible de l'enlever. — Vue à la loupe, la *diphthérie chancreuse* a l'aspect et la couleur du frai de grenouille.

Rien dans ce début du chancre infectant, et nous insistons sur ce point, ne rappelle les caractères d'une ulcération des membranes muqueuses. Les mots *exulcération* ou *érosion* peuvent seuls lui convenir.—Un liquide particulier, analogue au sérum du sang, suinte de cette érosion initiale, et se concrète sous forme de croûte à la surface du chancre, lorsque celui-ci siége sur la peau ou sur une muqueuse exposée à l'air.

L'existence de la *couche diphthéritique* du chancre infectant est pour nous un fait constant. Nous ne l'avons jamais vu manquer lorsqu'il nous a été possible d'observer un chancre infectant à la période de début, et même pendant les quinze premiers jours de sa durée.

Dès les premiers jours de son existence, l'*érosion chancreuse* forme un léger relief sur les parties saines environnantes, ce qui tient, d'une part, à la saillie de la pseudo-membrane, et, d'autre part, à l'épaississement commençant ou à l'*induration* des tissus sous-jacents, induration dont le volume et la forme constituent, plus tard, un des caractères importants du chancre infectant.

Si nous voulions caractériser en quelques mots le chancre infectant naissant, nous dirions : Une *érosion* ou une *exulcération* très-superficielle des muqueuses ou de la peau, incomplétement recouverte d'une fausse membrane, et reposant le plus ordinairement, après quelques jours de durée, sur une induration commençante des tissus affectés.

Peut-être rendrons-nous plus saisissables les caractères du chancre infectant au début, en donnant la description d'un cas particulier :

M. X..., étudiant en droit, est amené à notre dispensaire le lundi 12 novembre 1855, par un élève en médecine. — Nous constatons ce qui suit : Sur la muqueuse préputiale, en arrière du gland, à 1 centimètre environ de la couronne, et sur la ligne médiane, existe une affection que nous annonçons être un chancre infectant type à la période de début.

L'affection a débuté il y a six jours (dix jours après un coït exercé avec une jeune femme du quartier latin). — « J'ai aperçu, dit le malade, comme une petite *tache* rouge, au centre de laquelle il y avait comme une *peau* blanche. » Aujourd'hui cette *peau blanche* existe encore, c'est la *diphthérite chancreuse*. Sa couleur, d'un gris-perle, rappelle celle des fausses membranes qui recouvrent certaines affections syphilitiques secondaires des lèvres ou des piliers du voile du palais. Cette fausse membrane paraît être plus épaisse à son centre qu'à sa périphérie.

Autour de ce produit d'apparence fibrineuse, existe un liséré d'un rouge vif, formé par la muqueuse préputiale enflammée et érodée sur ce point, liséré de 2 ou 3 millimètres de largeur, formant comme un encadrement au produit diphthéritique. En tendant la muqueuse préputiale autour de l'érosion chancreuse, celle-ci forme un relief évident. Par le toucher, on s'assure que dans le point malade il existe un épaississement circonscrit, débordant de plusieurs millimètres le liséré qui encadre la fausse membrane. — Vue dans son ensemble, cette affection n'a aucun rapport avec une ulcération des membranes muqueuses, et surtout ne rappelle en rien le chancre *classique* : il n'y a là *ni les bords* taillés à pic et comme faits à l'emporte-pièce, *ni le*

fond grisâtre, pultacé, dont parlent tous les auteurs qui ont décrit le chancre. Loin d'être formée *en creux*, la lésion que nous avons sous les yeux est *sur le même plan que les parties saines environnantes. On dirait d'une papule muqueuse commençante.*

Il y a, en effet, une très-grande ressemblance entre la *papule muqueuse* naissante et le chancre infectant des muqueuses à son début. — Nous reviendrons sur cette ressemblance à propos du diagnostic du chancre. Qu'il nous suffise de dire que l'affection dont nous venons de donner la description devint un chancre induré type qui, six semaines après, fut suivi d'une roséole syphilitique.

Nous ne pensons pas que le chancre infectant qui se manifeste sur la peau diffère, à son début, du chancre des muqueuses. — Le chancre naissant de la lèvre supérieure observé par nous chez la jeune fille de Saint-Lazare, dont nous avons parlé plus haut (p. 48), a commencé par une érosion de la peau. Nous avons vu plusieurs fois des chancres infectants du fourreau de la verge ne remontant pas au delà d'une huitaine de jours. Or ces chancres, par leur surface plane et de niveau avec les parties saines environnantes, par leur couche diphthéritique centrale, ressemblent si exactement aux érosions chancreuses des muqueuses, qu'il est très-vraisemblable que ces chancres cutanés débutent comme ceux des membranes muqueuses, par une érosion.

§ III. Des symptômes du chancre vrai à la période d'état, — de déclin, — et de terminaison.

Les phénomènes qui se produisent dans le chancre infectant, ultérieurement à son début, et qui constituent ses symptômes, diffèrent chez les différents malades, suivant certaines conditions d'idiosyncrasie, de régime, de traitement, etc.

L'affection reste la même quant à son essence ou à son espèce, mais elle se présente sous des *formes* variées, et c'est pour n'avoir pas tenu compte de ce fait important de pathologie générale, *la diversité des formes d'une même affection*, qu'une confusion très-regrettable s'est introduite dans l'histoire du chancre infectant.

Il n'est pas possible, suivant nous, de donner une bonne description du chancre vrai sans établir une distinction préalable dans les *formes* sous lesquelles cette affection se présente (1).

Nous admettons dans le chancre infectant deux formes principales que

(1) Nous donnons au mot *forme*, appliqué aux états pathologiques, le même sens que tous les médecins : la forme d'une maladie ou d'une affection consiste dans sa manière d'être générale, de son début à sa terminaison.

nous établissons sur l'état de la base du chancre. — Nous reconnaissons :

1° *Le chancre infectant avec induration de la base ;*

2° *Le chancre infectant sans induration.*

Nous le répétons, et nous insistons sur ce point important, le chancre infectant induré, et le chancre infectant sans induration ne constituent pas deux affections, deux espèces pathologiques distinctes. Ces ulcérations sont identiques ; elles ont pour cause déterminante le même agent pathogénique, le virus syphilitique, et les symptômes généraux ou constitutionnels dont elles sont suivies sont ceux de la syphilis généralisée. Elles sont donc de même nature. En d'autres termes, le chancre infectant est un.

Ces deux formes du chancre infectant ont été connues et décrites par la plupart des syphiliographes. Seulement, la fréquence relative du chancre vrai *induré* a fait méconnaître à quelques-uns d'entre eux le chancre infectant sans induration. Ainsi Carmichael donne la description d'ulcérations génitales contagieuses, suivies d'affections pustuleuses de la peau, d'angines, d'iritis, etc. ; affections dans lesquelles il est impossible de méconnaître la syphilis constitutionnelle. Eh bien ! Carmichael refuse à ces ulcérations génitales, et aux lésions constitutionnelles dont elles sont suivies, le caractère syphilitique, uniquement parce que les ulcérations initiales n'étaient pas indurées, Hunter ayant fait de l'induration le *criterium* du chancre vrai, du chancre syphilitique primitif. — Or, nous ne saurions trop le dire, le *criterium* du chancre vrai, du chancre infectant, c'est l'infection constitutionnelle elle-même : l'induration n'est qu'un des symptômes, ou, si l'on veut, un des signes de cette infection.

1° *Symptômes du chancre infectant induré.* — Il y a deux choses à étudier et à connaître dans le chancre infectant induré : sa *surface* et sa *base.*

Surface du chancre. — L'étude de la surface du chancre infectant a été négligée par les auteurs qui se sont le plus appliqués à décrire cette affection. Cependant cette étude est d'une grande importance pratique, car elle peut seule conduire au diagnostic du chancre infectant à sa période de début.

Dans les premiers jours de l'existence d'un chancre infectant, en effet, l'induration, ou n'existe pas, ou est peu marquée. Il y a plus, dans le chancre infectant sans induration, l'aspect particulier de la surface du chancre constitue un des meilleurs signes de cette affection.

Le chancre infectant induré débute, nous venons de le dire, dans le paragraphe précédent, par une *érosion* de la peau ou des muqueuses,

érosion *incomplètement* recouverte d'une couche diphthéritique particulière, encore inconnue dans sa structure ou sa composition histologique (1). Dans les jours qui suivent l'apparition du chancre, cette couche diphthéritique prend de l'extension et couvre une plus grande étendue de l'érosion ou de l'excoriation initiale. C'est à elle que l'ulcère primitif doit sa couleur grise et son aspect couenneux signalés par quelques auteurs.

Examinée à l'œil nu, la diphthérite chancreuse paraît plane et unie. Vue à la loupe, on la trouve inégale, mamelonnée, demi-transparente, rappelant, avons-nous dit plus haut, l'aspect du frai de grenouille, et ne ressemblant nullement à un détritus organique ou à une escharre. Son épaisseur paraît plus grande à son centre que sur ses bords. Elle est si adhérente qu'il est impossible de la séparer ou de l'isoler des tissus qui la supportent : on dirait qu'elle fait corps avec eux. On n'y constate d'ailleurs aucune trace de vascularisation ni d'organisation. Elle est le siége d'une exsudation d'un liquide particulier, transparent et séreux, qui devient purulent après un certain temps de séjour à l'air.

Quant aux modifications que subit la couche diphthéritique du chancre, voici ce que nous avons observé.

Pendant un temps variable, mais qui dépasse rarement deux ou trois septénaires, la fausse membrane paraît stationnaire; puis l'on constate qu'elle est le siége d'un travail de résorption ou d'élimination, car le liséré qui la sépare des parties saines s'élargit insensiblement. Ce travail d'élimination s'étend à toute la couche diphthéritique; elle devient moins épaisse, et parfois, vers son centre ou sur un point de sa surface, elle laisse à découvert les tissus sous-jacents. Insensiblement et progressivement, une coloration rosée ou rouge remplace la teinte grise primitive du chancre, et il ne reste plus alors aucun vestige de la fausse membrane.

Base du chancre; induration. — Si l'on observe avec attention un chancre infectant récent, il est souvent facile de constater, avons-nous dit, qu'il est un peu plus élevé que les tissus environnants : le point malade forme un léger relief sur la région affectée. Cet exhaussement du chancre infectant au début est surtout très-prononcé dans ceux qui siégent sur la muqueuse du prépuce, en arrière du gland, dans le sillon glando-préputial, ce qu'il faut sans doute attribuer à la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux de cette région.

Mais c'est par le toucher seulement que l'on apprécie bien la *cause* de

(1) Il n'est pas à notre connaissance que les micrographes aient étudié cette fausse membrane : nous appelons leur attention sur ce point, et nous osons presque affirmer que cette étude ne serait pas stérile.

ce relief que forme la lésion qui nous occupe. En pressant avec les doigts la base du chancre, on éprouve une certaine résistance : la partie malade ne cède à cette pression que sous l'influence d'un certain effort des doigts. On sent très-distinctement qu'il existe dans le point que l'on explore ainsi un produit morbide accidentel, formant comme la couche profonde ou la base du chancre.

Si cette exploration est renouvelée les jours suivants, on trouve que la base du chancre s'étend insensiblement au delà de ses premières limites, de manière à former bientôt une large assise et comme un socle à l'excoriation chancreuse. On trouve aussi que l'*induration* (c'est ainsi que l'on nomme aujourd'hui cet épaississement de la base du chancre induré) devient plus dure et plus résistante à la pression. Cependant il arrive un moment où l'induration cesse de s'étendre et de s'accroître en épaisseur, et ce *summum* de développement de l'induration coïncide ordinairement avec la période de cicatrisation du chancre. L'induration, alors *parfaite*, constitue comme une sorte de disque plastique dur et épais, nettement circonscrit, à bords facilement limitables par le toucher, induration formant parfois un relief tel qu'il est possible de l'apprécier à distance.

Cette induration si caractéristique de la base du chancre tend à la résolution. Lentement et insensiblement, sa consistance devient moins grande; elle éprouve une sorte de ramollissement interstitiel, car elle est moins dure au toucher, moins inflexible sous la pression des doigts. Elle est évidemment le siége d'un travail de résorption, puisqu'on la trouve et moins large et moins épaisse, et qu'après un certain temps il n'existe plus aucun vestige de cette induration : les tissus dans lesquels elle siégeait reprennent leur souplesse et leur aspect accoutumés. Cependant, dans quelques cas rares et exceptionnels, ce travail de résorption de l'induration ne s'accomplit qu'imparfaitement et incomplétement. Une partie de l'induration persiste, devient de plus en plus dure, comme cartilagineuse, et il faut faire intervenir les caustiques ou l'instrument tranchant pour débarrasser les malades de ces résidus *inabsorbés* de l'induration. — Dans d'autres circonstances, moins rares et qui ne nous paraissent pas avoir été signalées, l'induration devient le siége d'un ramollissement aigu inflammatoire, analogue à celui qui se produit dans les tumeurs gommeuses ou les périostoses. Alors survient une véritable ulcération qui se fait aux dépens de l'induration, s'étend parfois aux tissus sains environnants, et laisse toujours une cicatrice dans le point où s'était développé le chancre.

Il est facile de comprendre que les symptômes et les signes de l'induration de la base du chancre infectant présentent des différences notables, suivant l'époque à laquelle on l'observe, c'est-à-dire suivant l'*âge* du chancre au moment de l'examen du malade.

Difficilement appréciable au début du chancre, et souvent pendant les

huit premiers jours, l'induration est un certain temps avant de parvenir à cet état si caractéristique dont nous venons de parler, et qui ne laisse aucune incertitude au médecin le moins exercé à son exploration ; puis, par le fait de sa résorption graduelle, ou par suite du travail ulcéreux dont elle peut être le siége, l'induration perd de ses caractères pathognomoniques, et la difficulté que l'on avait éprouvée à la reconnaître au moment de sa formation se reproduit à l'époque de sa disparition. Or, l'induration constituant un des éléments importants du diagnostic du chancre infectant induré, il est utile de pouvoir la reconnaître aux différents âges du chancre, et pour cela il est indispensable de distinguer dans son évolution plusieurs *stades* ou *périodes*. Nous en reconnaîtrons trois : 1° la *période de début* ou de *formation ;* 2° la *période d'état ;* 3° enfin la *période d'élimination*.

La plupart des caractères assignés à l'induration par les syphiliographes ne sont applicables qu'à l'induration parfaite, à l'induration parvenue à son summum de développement et de consistance, c'est-à-dire à la période d'état. Ce sont donc les symptômes et les signes de cette période que nous décrirons tout d'abord et qui nous serviront de types dans l'appréciation de l'induration à la période de début et à celle de déclin ou d'élimination.

L'induration du chancre infectant n'atteint que tardivement cette perfection ou cette maturité dont nous parlons, et qu'il ne faut pas s'attendre à rencontrer dans tous les cas de chancres indurés, car il est plusieurs conditions de siége du chancre, de prédisposition du malade, de traitement, etc., qui s'opposent à ce développement complet de l'induration.

Dans le plus grand nombre de cas, l'induration se forme lentement et n'arrive que progressivement à son summum de développement. Cependant il arrive parfois que l'épanchement fibro-plastique se forme brusquement et rapidement. Nous avons observé deux cas de chancres du sillon glando-préputial dans lesquels l'induration ne commença à se manifester qu'à la fin du troisième septénaire, et avait acquis en moins de huit jours une épaisseur et une dureté remarquables. — Voici quels sont alors ses caractères : — *Elle est nettement circonscrite*, et il est facile de la délimiter par le toucher ; on dirait d'un corps étranger, ou plutot d'un produit accidentel cartilaginiforme développé à la base du chancre. Hunter, et après lui la plupart des syphiliographes qui ont décrit l'induration, insistent sur ce caractère. « Il survient, dit Hunter, en parlant du chancre, un épaississement local qui d'abord, et tant qu'il est de nature vraiment vénérienne, *est très-circonscrit*, *ne se perd point d'une manière graduelle et insensible dans les parties environnantes*, *mais se termine brusquement.* » (Ouvr. cité, p. 403.)

M. Ricord a particulièrement insisté sur ce caractère de l'induration

donné par Hunter : « L'induration qui survient est ordinairement circonscrite et ressemble assez, comme le disait Bell, à la moitié d'un pois qui serait placée au-dessous de l'ulcération (1)...... Elle donne au toucher une sensation élastique particulière et caractéristique qu'on reconnaît bien quand on l'a une fois sentie, et qu'on ne confond que rarement avec l'œdème dur et le tissu inodulaire, qui s'en rapprochent le plus. » (Notes à Hunter, p. 419, 2e édit.)

L'induration du chancre infectant est presque toujours *plus étendue ou plus large que la surface excoriée ou ulcérée du chancre.* Ce caractère de l'induration a été bien décrit par Babington. « Si l'on observe attentivement l'ulcère, on remarque que l'épaississement devient de jour en jour plus distinct et plus étendu, jusqu'à ce que l'ulcère ait revêtu le véritable aspect vénérien d'une ulcération située sur une base indurée. L'induration environne l'ulcère de toutes parts; elle est à la fois au-dessous et autour de lui; elle lui forme en quelque sorte un lit, en même temps qu'elle encadre son bord de manière à lui servir partout de moyen d'union avec les parties saines environnantes. » (Notes à Hunter, édit. Richelot, p. 407.)

Nous attachons une grande importance à ce caractère de l'induration, parce qu'il manque dans les indurations inflammatoires ou dans celles produites sous l'influence des caustiques, sur les ulcérations des organes génitaux autres que le chancre infectant.

C'est surtout dans le chancre infectant exulcéreux ou superficiel, celui que les auteurs anglais désignent sous le nom d'*excoriation chancreuse*, que ce caractère de l'induration est très-marqué.

Dans le chancre infectant ulcéré, au contraire, il arrive parfois que les progrès de l'ulcération s'étendent jusqu'aux dernières limites de l'induration. On peut dire, d'ailleurs, qu'il y a un antagonisme constant entre l'ulcération de la surface du chancre infectant et l'induration de sa base : les chancres les moins ulcérés sont les plus indurés; les chancres très-ulcérés sont généralement peu indurés.

Toutes les indurations n'ont pas la même forme ni le même aspect, et sous ces rapports il existe parfois entre elles de si grandes différences, que de prime abord on serait porté à penser, contrairement à la réalité, que ces indurations n'ont ni la même origine, ni la même texture.

Chez l'homme, et dans certaines régions, dans le sillon glando-préputial par exemple, les indurations revêtent un caractère assez uniforme, qui est le suivant : l'induration, bien que variable pour l'étendue ou le

(1) B. Bell ne parle nulle part de l'induration du chancre, et sa comparaison du pois coupé ne s'applique qu'à l'*étendue* du chancre et non à l'induration : «En général, le vrai chancre vénérien est à peine à sa naissance aussi large que la base d'un pois coupé transversalement.» (T. II, p. 108, trad. de Bosquillon.)

volume, est généralement de forme circulaire, rappelant, suivant la comparaison déjà faite par Fallope, la forme de certains boutons de nos vêtements (1). C'est cette induration qui se relève et se maintient en manière de crête lorsque l'on renverse le prépuce ; on dirait d'une sorte de soupape qui suit cette membrane dans ses mouvements. C'est là l'induration type, induration que nous appellerions volontiers induration en *disque* ou en *palet*.

D'autres fois, l'induration, moins régulière dans sa forme, prend une grande étendue et envahit une portion des tissus sur lesquels siége le chancre ; telles sont ces vastes plaques indurées de la muqueuse préputiale, bien décrites par Babington, donnant lieu à un phimosis, et formant parfois autour du gland comme une sorte de coque ou de moule. — « Il n'est pas très-rare, dit Babington, de voir un ulcère vénérien primitif revêtir les caractères suivants : Une portion du prépuce, environ de la grandeur d'un sou d'argent, s'épaissit légèrement, de manière à perdre sa souplesse naturelle; la surface peut en être légèrement excoriée. En peu de jours, si la partie est tenue très-propre, l'excoriation peut disparaître dans beaucoup de cas; mais l'induration augmente progressivement, prend un caractère plus déterminé, et forme à la fin une grande masse aplatie de la largeur d'une demi-couronne, si inflexible et si roide que le prépuce ne peut être renversé qu'avec beaucoup de difficulté. » (*Loc. cit.*, p. 407.) M. Ricord a vu la presque totalité du gland être envahie par l'induration, et nous avons observé, chez une jeune fille, un chancre infectant de la lèvre inférieure dont l'induration occupait une si grande étendue, que l'on eût facilement pu croire à une dégénérescence cancéreuse de cet organe.

Comme par opposition à ces vastes et épaisses indurations, il en est de minces et superficielles que M. Ricord a décrites sous le nom d'*indurations parcheminées* : « L'induration n'atteint pas constamment le même développement ; elle est quelquefois superficielle ; il faut savoir bien la chercher pour la découvrir dans l'épaisseur de la peau ou d'une muqueuse. Elle ne donne quelquefois au toucher que la sensation d'une doublure de parchemin; je désigne cette forme sous le nom d'*induration parcheminée*. » (*Lettres*, p. 155.)

C'est à cette forme de l'induration qu'il faut rapporter les indurations de ces petits chancres infectants du frein et de son voisinage, de la muqueuse des petites ou des grandes lèvres chez la femme : chancres dans lesquels le peu d'épaisseur de l'induration et la rapidité avec laquelle elle disparaît, le plus ordinairement, ont dû faire croire plus d'une fois à la

(1) *Et videntur veluti* bottones *cicatrices istæ*. Chap. 87.

manifestation de syphilis constitutionnelle d'emblée, c'est-à-dire sans lésion primitive antécédente.

Il est d'autres indurations dont l'accroissement semble surtout se faire en profondeur : elles prennent une forme hémisphérique, et parfois même globulaire ou pisiforme. Cette dernière forme d'induration n'est pas rare dans les chancres du limbe du prépuce.

Ces indurations hémisphériques et pisiformes sont remarquables par la lenteur avec laquelle elles disparaissent. Un de nos malades, atteint il y a huit mois d'un de ces chancres infectants à induration hémisphérique de la rainure du gland, présente encore un reste de cette induration, malgré les médications mercurielles et iodurées auxquelles il a été soumis.

Au début du chancre, l'induration, ou n'existe pas, ou n'est pas appréciable ; et, lorsqu'elle commence à se manifester, ses caractères ne sont pas assez marqués pour qu'il soit possible de dire que cette induration est celle d'un chancre infectant. Il faut chez l'observateur une grande habitude dans l'exploration du chancre pour qu'il puisse se prononcer sur l'existence ou la non-existence de l'induration à une époque rapprochée de sa formation, et, malheureusement pour le diagnostic, l'induration ne revêt ses caractères pathognomoniques qu'à une époque assez éloignée du début du chancre.

L'époque du *début* de l'induration est variable. Dans la très-grande majorité des cas, l'induration est un phénomène précoce, c'est-à-dire, qu'il est possible de constater avant la fin du second septénaire du début du chancre infectant. Il est bien entendu que nous entendons que cette constatation sera faite par une main exercée à l'exploration du chancre.

Il est des cas dans lesquels le siége du chancre rendant cette exploration facile, on peut reconnaître l'induration dans les six ou huit premiers jours de l'existence du chancre. C'est surtout en comparant l'étendue de l'ulcération ou de l'exulcération avec celle plus grande de l'induration, qu'il nous est possible d'annoncer un chancre induré.

Mais par opposition à ces cas d'indurations précoces, il en est d'autres dans lesquels l'induration ne commence que tardivement. Ainsi, nous avons plusieurs fois rencontré chez des malades n'étant soumis à aucun traitement spécifique (iode ou mercure), des chancres dont l'induration ne commençait à se manifester que deux ou trois semaines après le début de l'ulcération ; pendant tout ce temps les chancres étaient si parfaitement souples au toucher, si exempts de toute *callosité* à la base, que confiant dans le fait de la précocité de l'induration, nous avons plusieurs fois annoncé à ces malades que leurs chancres ne s'indureraient pas, et plus tard nous reconnaissions notre erreur en trouvant des indurations

types, suivies d'accidents constitutionnels. A l'appui de cette assertion qu'*il est des indurations tardives*, nous rapporterons les faits suivants :

Le 28 décembre 1853, un médecin étranger nous pria de lui donner quelques conseils pour hâter la guérison de deux chancres. — *Ces chancres dataient d'un mois ;* ils étaient situés sur la muqueuse préputiale, dans le sillon glando-préputial ; leur fond était grisâtre, *leurs bords légèrement relevés ; leur base n'était pas indurée ;* il n'y avait pas d'engorgement des glandes inguinales.

Le 9 janvier, les chancres étaient cicatrisés, mais ils étaient indurés à leur base et accompagnés de tuméfaction des glandes des aines. Le malade nous fit remarquer que les indurations s'étaient produites brusquement et avaient rapidement acquis le développement que nous constations.

Nous trouvons dans la thèse de notre excellent confrère, le docteur Mac Carthy, un fait bien remarquable *d'induration tardive*, car nous la voyons ne se produire que *dix mois après le début du chancre.*

« J'ai eu occasion, dit M. Mac Carthy, de suivre neuf cas de chancre phagédénique grave dont la durée a varié entre dix mois et trois ans. Eh bien ! malgré la persistance de ces ulcères à l'état inoculable pendant un temps aussi long, dans aucun de ces cas des accidents secondaires ne se sont montrés. Je me trompe ; il s'est développé une roséole syphilitique chez un de ces malades ; mais deux mois avant l'éruption, l'*ulcère de la verge, qui avait résisté à tout traitement pendant dix mois, s'indura tout à coup*, sous l'influence de causes dont il ne nous a pas été donné d'apprécier exactement la nature (1). »

Mais il faut le reconnaître, les indurations tardives constituent de rares exceptions, et s'il faut en tenir compte comme cause d'erreur dans le diagnostic du chancre infectant, il est permis de faire servir à ce diagnostic ce fait en quelque sorte normal par sa fréquence, à savoir, que l'induration est un phénomène précoce.

Le *siége du chancre* a une grande influence sur la production de l'induration. — Chez l'homme, les chancres infectants les plus indurés, ceux qui nous offrent le plus souvent ces indurations en plaques, si bien circonscrites, si épaisses, sont ceux qui ont leur siége sur la muqueuse préputiale, et surtout sur la partie de cette muqueuse située en arrière de la couronne du gland, dans le sillon glando-préputial. Ces chancres sont ceux aussi qui nous ont offert les indurations les plus précoces, c'est-à-dire les mieux formulées à une époque très-rapprochée du début du chancre, et, chose singulière, la plupart des indurations dont la durée est parfois si longue, appartiennent à cette même région.

L'influence du siége du chancre infectant sur l'induration est surtout

(1) *Du diagnostic et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques.* Thèse de la Faculté de Paris, 1844, p. 17.

évidente dans les cas où un chancre repose sur des tissus hétérogènes. Ainsi il n'est pas très-rare de voir le chancre infectant du sillon glando-préputial s'étendre sur le gland. Dans ce cas l'induration est toujours plus forte sur la portion préputiale du chancre que sur la portion balanique. Mais c'est surtout lorsqu'il existe sur un même malade des chancres infectants simultanés (c'est-à-dire contractés à la même source et dans le même temps), siégeant sur des régions différentes, que le contraste est frappant entre ces chancres au point de vue de leur induration. Nous avons maintes fois observé des malades portant un chancre du gland, être atteints en même temps de chancres infectants du prépuce, ou du sillon glando-préputial. L'induration avait ses caractères pathognomoniques sur les chancres de la muqueuse préputiale, elle était douteuse ou peu marquée sur le chancre du gland, chancre appartenant à la même contagion, s'étant manifesté très-exactement à l'époque des chancres préputiaux. D'autres fois un même malade porte un chancre infectant du sillon, et un chancre infectant sur le fourreau de la verge : le premier est induré type; dans l'autre l'induration est faible ou douteuse. Même chose a lieu chez la femme. On voit parfois chez elle des chancres infectants multiples et disséminés, présenter des indurations si différentes que l'on hésiterait à les attribuer à la même contagion sans les renseignements précis fournis par les malades.

Les chancres infectants qui ont leur siége sur les membranes muqueuses sont généralement plus indurés que les chancres de la peau. Il n'est pas rare de voir des chancres du fourreau de la verge, du scrotum, de la peau des cuisses, etc., être suivis d'infection constitutionnelle et ne présenter que des indurations fort douteuses.

Le *sexe* paraît avoir une véritable influence sur la manifestation du phénomène qui nous occupe. Ainsi, chez la femme, il n'est pas rare de voir l'induration du chancre mal *formulée*, c'est-à-dire plus molle, plus *pâteuse*, moins bien circonscrite que chez l'homme. Il est fréquent aussi de la voir manquer complétement, et tous les médecins, sans exception, qui sont placés dans des conditions d'observation qui leur donnent de fréquentes occasions de voir des chancres chez la femme, s'accordent sur ce fait important, que très-souvent ils constatent l'existence de chancres suivis d'infection constitutionnelle qui n'ont été le siége d'aucune induration. Nous avons fait la même remarque, seulement ces chancres infectants sans induration chez la femme, ne nous ont pas paru être aussi fréquents qu'on le dit généralement.

Nous placerons ici une observation que nous croyons importante au point de vue de l'induration du chancre chez la femme.

L'induration se résorbe généralement plus facilement et plus vite chez la femme que chez l'homme, et sans nier les cas dans lesquels l'induration

manque réellement chez la femme, il faut tenir compte de la période à laquelle on la recherche, c'est-à-dire de l'*âge* du chancre au moment de l'examen. Il nous a été donné plusieurs fois, chez des femmes, de suivre un chancre infectant de son début à sa guérison, et nous étions frappé de la rapidité avec laquelle avaient disparu des indurations que nous avions bien constatées huit ou dix jours après le début du chancre, et que nous ne retrouvions plus à la troisième ou à la quatrième semaine, c'est-à-dire au moment de la guérison du chancre.

Mais il est incontestablement des cas de chancres infectants chez la femme dans lesquels l'induration arrive au type que nous lui connaissons chez l'homme. Il est même chez la femme certaines régions dans lesquelles l'induration est souvent plus forte, plus marquée que chez l'homme. Ainsi le chancre des lèvres est souvent plus volumineux, plus épais, plus induré enfin, chez la femme que chez l'homme. Nous en dirons autant des chancres de l'orifice et de l'urètre. Les plus beaux types d'induration des chancres de cette région appartiennent, suivant nous, à la femme. Tout ce qui a été dit sur la fréquente absence d'induration dans le chancre infectant chez la femme, ne s'applique guère qu'au chancre siégeant sur les organes génitaux. Ceux des autres régions se sont présentés à notre observation aussi fréquemment indurés que les chancres *homologues* de l'homme.

Anatomie pathologique de l'induration. — Les recherches microscopiques faites par MM. Lebert, Ch. Robin, Marchal (de Calvi), Acton et Ordoñez, ne laissent aucun doute sur l'anatomie pathologique de l'induration du chancre infectant. Cette induration est constituée par les mêmes éléments histologiques que ceux de certaines tumeurs fibreuses, c'est-à-dire par des éléments fibro-plastiques (1).

Suivant M. Lebert, le tissu fibro-plastique de l'induration du chancre appartient à la variété qu'il désigne et décrit sous le nom de *tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire* (2).

Le caractère distinctif de cette forme des épanchements fibro-plastiques consiste dans sa tendance à la formation fibroïde définitive, et à l'atrophie propre, c'est-à-dire à la disparition presque complète, tandis que le tissu fibro-plastique d'origine autogène tend à s'accroître continuellement.

(1) Ch. Robin et Marchal (de Calvi), *Éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique* (Acad. des sciences, 2 novembre 1846). Dans leurs conclusions : « L'induration du chancre est formée presque en entier d'éléments fibro-plastiques. » (*Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 882).

(2) M. Lebert admet trois formes de tissu fibro plastique : 1° le *tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire;* 2° l'*hypertrophie fibro-plastique;* 3° la *formation fibro-plastique autogène ou essentielle* (*Trait. d'anat. gén. pathol.*, in-fol., t I, ch. x, p. 177). Qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre admiration pour ce beau livre, véritable monument élevé à la science anatomo-pathologique.

Voici d'ailleurs la description que donne le savant micrographe de l'induration : « Ce tissu induré, que nous avons vu atteindre jusqu'à six millimètres d'épaisseur, offre un aspect particulier d'un jaune pâle, d'une mollesse élastique, il est luisant; par la compression, on en fait sortir un suc légèrement gluant, un peu trouble et blanchâtre. La vascularité dans ce tissu est plus prononcée dans les couches superficielles des vaisseaux qui montent verticalement de la profondeur, et leurs ramifications ont lieu surtout vers la surface. On rencontre de préférence les noyaux ovoïdes ou ronds du tissu fibro-plastique, un certain nombre de corps fusiformes, et proportionnellement peu de cellules complètes. On peut constater que *tous ces éléments sont déposés entre les fibres du derme*, écartées par cette exsudation fibro-plastique. » (Ouvr. cité, p. 179.)

M. Ch. Robin a donné récemment la description histologique suivante de l'induration du chancre infectant :

« Le chancre induré est formé ainsi qu'il suit :

« 1° D'une trame de *fibres de tissu cellulaire* dans laquelle se retrouvent quelquefois des *fibres élastiques cutanées;*

« 2° D'une assez grande quantité de *matière amorphe* interposée à ces fibres ;

« 3° De *noyaux libres fibro-plastiques* formant une partie considérable de la masse et toujours accompagnés d'une quantité au moins égale de cytoblastions ;

« 4° On yvoit aussi un certain nombre de *corps fusiformes* fibro-plastiques (1). »

Ainsi, l'induration du chancre infectant consiste dans un épanchement plastique dont les éléments histologiques ne diffèrent en rien de ceux de certaines tumeurs fibreuses du tissu cellulaire sous-cutané, de l'utérus, des paupières, etc., c'est-à-dire que l'induration ne contient aucun élément qui lui soit propre, et puisse anatomiquement la différencier de toute autre production analogue.

Cette induration n'a donc de particulier que sa cause ou son mode de production.

Quel est le siége anatomique de l'induration? Dans quel élément de la peau ou des membranes muqueuses se développe ce tissu accidentel?

Il nous paraît infiniment probable que ce dépôt plastique a son siége dans le réseau lymphatique de la peau et des muqueuses. La coïncidence des lymphites indurées et des indurations ganglionnaires dans le voisinage du chancre induré nous semble, en l'absence de preuves directes, donner

(1) Ricord, *Leçons sur le chancre*, p. 87. — MM. Belhomme et Martin ont consigné dans leur *Traité élém. et prat. de path. syphil. et vénérienne* (p. 131) le résultat des recherches microscopiques de M. Ordoñez sur l'induration; recherches qui confirment les résultats obtenus par MM. Lebert et Robin.

une grande vraisemblance à cette opinion, qui a d'ailleurs été émise par M. Ricord : « Il semblerait que ce sont les capillaires lymphatiques qui en seraient le siége de prédilection. C'est, en effet, dans les régions où les lacis lymphatiques sont plus dessinés, plus abondants, que l'induration se formule le mieux et qu'elle prend sa plus grande dimension. » (*Lettres*, p. 158.) Mais cette opinion sur le siége de l'induration a besoin d'être corroborée par des observations anatomiques, car elle est en opposition avec celle de M. Lebert, qui place l'induration dans l'épaisseur du derme.

La connaissance de la structure de l'induration nous semble jeter une vive lumière sur la syptomatologie du chancre infectant induré. En effet, cette production de nature fibro-plastique subit tous les changements, présente toutes les modifications que l'on constate dans les productions fibro-plastiques d'origine inflammatoire. En d'autres termes, l'induration du chancre infectant se comporte, ultérieurement à sa formation, comme le fait le tissu fibro-plastique développé sous l'influence des causes non spécifiques.

Ainsi, la tendance à l'atrophie propre, c'est-à-dire à la disparition, peut être considérée comme le caractère fondamental de l'induration du chancre. Il ne faut pas avoir observé un bien grand nombre de malades atteints de chancres indurés, pour être convaincu, en effet, que cette disparition de l'induration constitue le fait normal, tandis que sa persistance est un fait exceptionnel.

Mais en quoi consiste ce travail d'atrophie dont l'induration est le siége ? S'agit-il d'une résorption des éléments fibro-plastiques de l'induration tels qu'ils sont constitués, ou bien ces éléments subissent-ils une atrophie, une mort ou une dissociation réelle avant leur disparition ? C'est ce que nous ne saurions dire (1).

Cependant nous verrons que quelques pathologistes (Delpech, Hammer) ont cru pouvoir aller au delà de l'observation directe, et conclure que l'absorption des éléments fibro-plastiques de l'induration était la cause de l'infection constitutionnelle, opinion inconciliable, pour le dire tout de suite, avec le fait de l'existence de chancres infectants sans induration.

La *durée* de ce travail de résorption de l'induration est généralement en rapport avec la quantité ou le volume de l'épanchement fibro-plastique. — On observe parfois des indurations dans lesquelles le travail de résorption semble s'interrompre et être remplacé par une nouvelle *poussée*

(1) Dans l'étude des faits pathologiques, l'observation ne nous conduisant pas au delà du visible et du tangible, il nous est aussi impossible de comprendre pourquoi et comment cessent, c'est-à-dire guérissent, les maladies, qu'il nous est difficile de savoir comment et pourquoi elles commencent.

d'épanchement fibro-plastique. Ce phénomène singulier se produit surtout lorsqu'un malade est soumis à un traitement antisyphilitique à une époque rapprochée du début de l'induration, et qu'il interrompt brusquement ce traitement; autre preuve à l'appui de l'opinion des pathologistes qui admettent que l'induration est un des *effets* et non la cause de l'état diathésique.

Dans d'autres cas, et sous l'influence de causes excitantes, locales ou générales, le travail de résorption est profondément troublé : l'induration s'enflamme et s'ulcère, ou plutôt elle est le siége d'un ramollissement aigu dont le résultat immédiat est la production de véritables ulcérations, et c'est alors que le chancre infectant divient phagédénique (1).

Ce travail de ramollissement et d'ulcération des indurations chancreuses, non mentionnés par les syphiliographes, peuvent se manifester pendant la durée du chancre infectant, alors qu'il n'est pas cicatrisé, ou bien ne se produire qu'après la cicatrisation du chancre et dans le temps où l'induration est à son maximum de développement. Mais dans ces deux cas, il faut bien le remarquer, le travail ulcératif se fait surtout aux dépens de l'induration dans laquelle il a son point de départ, et ce n'est que très-exceptionnellement qu'il s'étend aux tissus normaux circonvoisins. Aussi, après la guérison de ces ulcérations, on est véritablement étonné de voir que les parties malades n'ont subi dans leur forme et leur aspect que des changements peu notables, et surtout peu en rapport avec l'étendue et la profondeur des ulcérations. Nous verrons qu'il n'en est pas de même dans d'autres affections ulcéreuses souvent confondues avec le chancre infectant (chancroïde, lupus, etc.).

Lorsque l'ulcération se produit dans l'épanchement fibro-plastique avant la cicatrisation du chancre, celui-ci est le siége d'une série de phénomènes qui semblent appartenir aux inflammations communes. Il devient douloureux, les parties environnantes se tuméfient et sont sensibles : de là ces gonflements œdémateux du pénis, lorsque les chancres siégent sur le gland, sur la muqueuse préputiale ou sur le fourreau.

C'est dans ces circonstances exceptionnelles que le chancre infectant constitue, non plus une *érosion*, mais une véritable *ulcération* donnant lieu ensuite à la formation de cicatrices indélébiles. On comprend, en outre, que l'induration, consumée en quelque sorte par ce travail ulcératif dont elle est le siége, disparaisse complétement avant la guérison du chancre, et l'observateur qui n'aurait pas assisté à toutes les phases de

(1) Le ramollissement et l'ulcération du tissu fibro-plastique inflammatoire de cause non spécifique ont été signalés en ces termes par M. Lebert : « Le ramollissement de ces tumeurs (fibro-plastiques) arrive dans un certain nombre de cas, sans être pour cela obligatoire. Il tient tantôt à une infiltration plus abondante d'un suc liquide et transparent, tantôt à une liquéfaction des éléments histologiques eux-mêmes » (Ouvr. cité, p. 187.)

ce travail pathologique pourrait facilement croire à l'existence d'un chancre non induré.

Lorsque l'ulcération ou le ramollissement de l'induration ne se produisent qu'à l'époque où le chancre est cicatrisé, il semble que le chancre repasse à l'état d'ulcération, comme le disait Hunter. Nous avons bien constaté ce phénomène curieux d'un chancre *sec* et cicatrisé s'ulcérant, dans l'observation suivante :

Obs. — Au mois de février 1855, venait à notre dispensaire un jeune homme atteint d'une roséole syphilitique datant de plusieurs mois, et consécutive à un large chancre induré du sillon glando-préputial, chancre cicatrisé depuis longtemps et dont l'induration était considérable. Ce malade n'avait fait aucun traitement. Nous lui ordonnâmes la solution (bichlorure d'hydrargire et chlorhydr. d'amm.) à la dose d'une cuillerée à soupe par jour. Notre étonnement fut grand lorsqu'un jour nous constatâmes que l'induration était le siége d'une ulcération étendue et profonde. Le malade ne s'était pas livré au coït depuis fort longtemps, et il attribuait l'état de son chancre à de nombreuses libations faites pendant plusieurs jours.

Il est un autre mode d'ulcération de l'induration dont nous avons observé deux exemples, et qui ne nous paraît pas avoir été signalé. L'induration, soit qu'elle subisse un ramollissement et comme une sorte de liquéfaction des éléments histologiques qui la constituent, soit qu'elle devienne dans son épaisseur le siége d'une véritable inflammation, paraît fluctuante, *abcède*, et se trouve transformée en une ulcération. Voici ce que l'on observe dans ces cas singuliers : l'induration devient douloureuse et très-sensible à la pression, elle paraît augmenter de volume, et bientôt une fluctuation évidente annonce la présence d'un liquide dans son épaisseur. En effet, un liquide séro-purulent s'écoule au dehors, et là où l'on n'avait constaté qu'une induration on trouve une ulcération plus ou moins profonde. Nous avons, en quelque sorte, assisté à cette *abcédation de l'induration* dans le cas suivant :

Obs. — Vers la fin du mois de janvier 1857, M. X..., docteur en médecine à Paris, nous consulta pour un chancre infectant induré, situé sur le reflet de la muqueuse préputiale, en arrière et à droite du gland, chancre qui fut suivi de roséole, d'angine et de papules syphilitiques. L'induration existait depuis un mois, et le chancre était cicatrisé, lorsque notre confrère vint se plaindre d'y éprouver d'assez vives douleurs. — L'induration était, en effet, sensible au toucher ; elle avait pris une teinte rouge qu'elle n'avait pas les jours précédents. Le régime le plus sévère avait été suivi par le malade.

Après quelques jours d'assez vives douleurs dont nous ne nous rendions guère compte, M. X... nous fit remarquer que l'induration avait pris une forme globuleuse qu'elle n'avait pas précédemment, et qu'elle paraissait fluctuante. — Quelques jours après cet examen, une petite quantité de pus se faisait jour, et au centre de l'induration existait une cavité d'un demi-centimètre de profondeur, cavité que le malade pensait s'être formée dans le tissu du corps caverneux droit. Nous le rassurâmes à

cet égard, lui affirmant que cette ulcération résultait d'une inflammation de l'induration et n'avait rien de fâcheux. Tout se passa, en effet, comme dans les cas ordinaires, et aujourd'hui il est difficile de trouver les traces du chancre.

Obs. — Dans le second cas, récemment observé par nous, il s'agit d'un malade atteint d'une induration volumineuse située, comme dans l'observation précédente, dans la rainure du gland, induration dans laquelle se forma rapidement une ulcération que nous croyons avoir débuté par la partie centrale de l'induration, opinion basée sur les détails circonstanciés qui nous ont été donnés par le malade.

M. Lebert admet que la gangrène peut se manifester dans les couches superficielles des tumeurs fibro-plastiques ulcérées. Nous pensons que ce phénomène n'est pas rare dans le chancre induré non cicatrisé. C'est à la gangrène des couches superficielles de l'induration que nous semble devoir être rapportée la coloration gris cendré, et l'ulcération rapide de certains chancres indurés.

La disparition ou la guérison de l'induration du chancre infectant s'effectue donc suivant l'un des trois modes suivants : 1° par résolution, c'est-à-dire par la résorption ou la disparition progressive des éléments qui la constituent; 2° par élimination suppurative ou ulcéreuse ; 3° enfin, par gangrène.

Il y a donc des chancres infectants dans lesquels l'ulcération est consécutive ou postérieure à l'induration, et c'est sans doute à ces cas que Babington faisait allusion lorsque parlant du chancre induré huntérien il écrivait :

« L'épaississement du tissu précède en général l'ulcération. Le premier effet de l'infection vénérienne est de produire cette modification particulière dans la texture de la partie (l'induration). Le second est de produire l'ulcération de la portion indurée. Le caractère de l'infection vénérienne primitive est essentiellement une induration passant ensuite à l'ulcération. » (Notes à Hunter, trad. de Richelot, 2e édit., p. 406.)

M. Ricord s'est élevé contre cette belle observation de Babington : « Jamais, dans aucun cas, *un chancre* n'est précédé de cette induration comme l'avance M. Babington ; bien plus elle ne survient guère qu'après le cinquième jour de l'infection ou plus tard. » (*Ibid.*, p. 419.)

Nous ferons remarquer que Babington ne dit pas, et ne pouvait pas dire que l'induration précède le chancre (ce serait un non-sens), mais bien que l'induration précède l'ulcération dans le chancre induré, proposition incontestablement vraie, mais trop générale, car il est des cas dans lesquels l'induration est postérieure à l'ulcération.

Le chancre infectant induré laisse-t-il des cicatrices? — Cette question, importante sous plus d'un rapport, peut être facilement résolue par

l'examen des malades chez lesquels la syphilis constitutionnelle a été précédée d'un chancre induré. Nous nous sommes maintes fois livré à cet examen, et voici ce que nous avons constaté. Les chancres infectants de la peau nous ont toujours paru laisser, sinon des cicatrices, au moins certains changements dans la coloration du tégument dans le point ou ils siégeaient, et très-fréquemment de véritables cicatrices. Il n'en est pas de même des chancres indurés des membranes muqueuses. Nous affirmons qu'il en est un bon nombre qui ne laissent après eux non-seulement aucune cicatrice, mais encore qui ne donnent lieu à aucune modification de couleur ou de texture des organes qui puissent faire soupçonner qu'ils ont existé. Ce fait important mérite d'être établi autrement que par une simple assertion ; qu'il nous soit donc permis d'en donner des preuves directes. Nous les tirerons d'observations relatives à des malades dont les chancres ont été constatés par nous :

Obs. — M..., employé dans une administration, se présente à notre consultation particulière vers la fin du mois de février de l'année 1858. Il est atteint d'un double sarcocèle syphilitique, et nous rappelle qu'il nous a consulté deux ou trois fois, il y a environ dix-huit-mois, pour un chancre infectant situé sur la muqueuse préputiale en arrière du gland, et que nous avons appelé un chancre induré type.— L'examen le plus minutieux de la muqueuse dans ce point, à l'œil nu et à la loupe, ne permet pas de soupçonner l'existence antérieure du chancre.

Obs.— Laj..., malade de notre dispensaire, traité d'une syphilis constitutionnelle consécutive à un chancre induré du sillon glando-préputial, dont nous avons suivi toutes les phases au mois de novembre 1857.—Au mois d'octobre 1858, il n'existait aucun signe appréciable du chancre si souvent vu et touché par nous et par nos élèves.

Obs. — Marie..., fille publique d'une maison de la rue Sainte..., envoyée par nous à Saint-Lazare (juillet 1857) pour un chancre infectant siégeant sur la petite lèvre gauche. — Deux mois après, il nous était impossible de reconnaître le point précis où siégeait ce chancre.

Obs. — M..., employé. — Chancre induré de la lèvre droite du méat urinaire. — Trois mois après, pendant le traitement de la roséole qui suivit ce chancre, nous constatons qu'il n'existe absolument rien qui puisse rappeler l'existence du chancre urétral.

Obs. —M. X..., docteur en médecine. — Chancre induré de la lèvre inférieure en 1855. — Deux ans plus tard (1857), nous constatons que la muqueuse labiale, dans le point où siégeait le chancre, ne présente aucune altération appréciable.

Le fait que nous signalons ici, c'est-à-dire l'absence de cicatrice dans le chancre infectant *induré*, est d'une constatation si facile, que nous nous abstenons de multiplier les exemples. Mais, hâtons-nous de le dire,

il n'en est pas toujours ainsi, et il n'est pas rare d'observer sur les muqueuses des chancres infectants qui laissent des cicatrices. Nous venons ces jours-ci de constater sur nos malades des cicatrices de formes variées, consécutives à des chancres infectants observés par nous il y a plusieurs années. L'existence de ces cicatrices est d'une telle notoriété qu'il nous paraît inutile d'en donner les preuves.

Ce que nous savons des différents modes d'élimination ou de guérison de l'induration du chancre infectant nous rend bien compte des différences que présentent les chancres sous le rapport de l'existence ou de la non-existence des cicatrices consécutivement à leur guérison. Les chancres dont l'induration ne s'ulcère pas, c'est-à-dire ceux dans lesquels l'induration disparaît par résorption, sont précisément ceux qui ne produisent pas de cicatrices. — Ceux au contraire dans lesquels l'induration est détruite par ulcération ou par gangrène laissent des cicatrices, comme le fait d'ailleurs toute affection qui altère la texture du derme cutané ou muqueux.

NOTICE HISTORIQUE SUR L'INDURATION.

Nous avons dit que les anciens syphiliographes avaient connu et décrit l'*induration* du chancre infectant; voici très-sommairement les preuves de cette assertion.

1497. — Marcellus Cumanus, dans des notes manuscrites qui lui sont attribuées, mentionne les duretés qui persistent après la guérison des ulcères de la verge. « *Durities autem a consolidatione relicta removetur cerato ex diaquilo*, etc. » (In Gruner, *Aphrod.*, p. 53.)

1514. — Jean de Vigo dit que la syphilis (*morbus gallicus*) commence presque toujours par des *pustules* des organes génitaux environnées de callosités : « *Cum callositate eas circumdante* (1). » (In Luisinus, p. 449.)

1532. — Nicolas Massa : « Sæpissime apparent ulcera virgæ quæ sunt mala *cum duritie callosa* quæ tarde sanantur. » (*Ibid.*, p. 46.)

1552. — Thierry de Hery : « Le plus souvent les parties premièrement attouchées « sont les premières affectées de ce mal, et altérées par tel venin... Tous praticiens « méthodiques tesmoigneront que le plus certain signe en toutes pustules et ulcères « est *une dureté en la racine*... Les ayant curieusement disséquées, on les trouvera « farcies d'une matière gypseuse et blanche... » (*Ouvr. cité*, p. 29.) — Les premiers « et plus communs signes de cette maladies sont *ulcères calleux en la verge ou en la vulve*. » (P. 41.) — « Bien est vray que les plus certains (les signes de la maladie) « sont quand après ou pendant les ulcères des parties honteuses (*specialement cal-*

(1) Les anciens médecins n'entendaient pas seulement désigner par le mot *pustule* les affections de la peau rangées aujourd'hui sous cette dénomination; ils appelaient pustules toutes les affections de la peau, avec ou sans suppuration, ayant le caractère exanthématique. (Voy. Castelli, *Lex.*, p. 619.)

« *leux et durs en leur racine*, et difficiles à curer) apparaissent tumeurs aux aynes, « qui s'en retournent dedans le corps sans suppurer, etc. » (P. 42.) — Ici Thierry de Hery cite brièvement l'histoire de quatre malades atteints de ces chancres calleux des organes génitaux : « *La dureté estant en la racine*... Je leur feis prognos- « tique de la vairolle, les advertissans que s'ils vouloyent, nous pourrions avec medi- « caments propres et contrarians à la cause, consolider et guerir leurs ulceres : mais « qu'iceulx desechez, et lorsqu'il ne se feroit plus eduction du venin, du centre à la « circumference surviendroyent pustules, douleurs, et autres signes certains et evi- « dents de la vairolle. Ce qui advint de point en point, etc. » (P. 43.)

Ce remarquable passage de Thierry de Hery ne laisse aucun doute sur la connaissance qu'il avait de l'induration, et sur la valeur qu'il lui accordait comme signe de l'infection constitutionnelle.

1563. — Bernardin Tomitanus, non-seulement parle de l'induration du chancre, mais il en indique la *cause;* car il considère l'induration comme étant un des *effets* de l'état diathésique ou constitutionnel du malade : « *Cur post cariem sublatam se-* « *quitur in glande plerumque durus quidam* τυλος *callusve*, *qui longo tempore per-* « *durat?* — An quod æger non plene curatus est, sed exstant adhuc morbi reliquiæ, « *hoc est hepatis intemperies*, *quæ in parte prius laborante assueta est transmit-* « *tere.* » (Luisinus, p. 1049.)

1564. Parmi les syphiliographes du XVI[e] siècle, Gabriel Fallope (Fallopio) est celui qui a le mieux décrit l'induration du chancre infectant, et qui a le plus insisté sur sa valeur comme signe de la syphilis généralisée.

Nous lisons dans le chapitre 23 de son beau traité *De morbo gallico* (1), chapitre consacré à la description des signes de la maladie : « *In loco est caries moderata :* « *hocque est signum pathognominicum quasi*, *quoties ergo videtis cariem quandam* « *gallicam*, *levem tamen circa pudendum*, *et quod occasio præcesserit*, *dicatis esse* « *gallicum morbum.* » (P. 780.) — « *Suboriuntur ulcuscula in pudendis callosa,* « *vel fiunt callosa quæ inceperant.* Quoties videtis sanatam cariem, et quod rema- « nent calli circa cicatricem, tenete esse confirmatum gallicum : *ideo moneo vos ut* « *hoc recordemini in curationibus*, *quoniam* calli illi sunt manifestissima et demons- « trantia signa morbi confirmati. »

Dans les chapitres 83 et 84 Fallope parle des indurations du prépuce qui donnent lieu au phimosis : « *Aliquando ita callosum fit præputium*, *ut non amplius possit* « *detegi glans*... »

Dans le chapitre 87, qui a pour titre : *De cicatrice callosa et veluti nervo post cariem remanente*, Fallope décrit ainsi l'induration : « *Est callosa cicatrix*, *mobilis* « *loco*, *crassa*, *livida dura et rotunda*, *quæ quandiu durat*, *tandiu morbus gallicus* « *perseverat*, *et videntur veluti bottones cicatrices istæ.* »

1565. — Alex. Trajan Petronius parle des callosités de l'ulcère vénérien (*caries gallica*) dans plusieurs endroits de son volumineux traité *De morbo gallico.* — Le chapitre 3 du livre VIII[e] a pour titre : *De callo præputii*, *de tuberculo duro similiter calloso*, etc. Petronius compare l'induration du limbe du prépuce à la tête d'un clou : « *Veluti clavi caput in ulcere carioso relinquitur*..., » et il indique différents moyens à l'aide desquels on peut résoudre les callosités, moyens parmi lesquels il préconise les escharotiques, et en particulier l'arsenic. (In Luisinus, p. 1421.)

(1) Ouvrage posthume de Fallopio, édité par un de ses élèves, Pierre-Ange Agato, et imprimé à Padoue en 1564, deux ans après la mort de Fallope, arrivée le 9 octobre 1562. (Dans la collection de Luisinus, t. II, p. 761.)

Le XVII[e] siècle a été très-pauvre en productions syphiliologiques. Cependant nous pouvons y suivre l'opinion des médecins dans l'induration.

Dans un petit livre bien inconnu, nous lisons ce qui suit : « Quand une ulcere verolique est guerie, et qu'il y reste sur la cicatrice une dureté ou schyre, c'est un « signe évident que la maladie n'est pas guérie, et que le venin verolique est encore « dans le corps, ce signe demonstrant qu'assurement la verole est confirmée, ce que « j'ai souvent reconnu par ceux que j'ai traitez, qui croyoient estre gueris suivant « l'affirmation des mercurialiseurs qui les avoient traités, etc. (1). » (P. 38.)

1674. — Nicolas de Blégny, dont le traité a été classique, mentionne plusieurs fois les callosités du chancre qui précède la vérole : « Ces chancres ont toujours une dureté qui est quelquefois très-profonde. » — Tome I, p. 173, 3[e] édit.) Cette dureté était pour lui l'indice du passage de l'ulcère primitif à l'état de véritable chancre. (Tome II, p. 14 et 23.)

Nous pourrions facilement multiplier les textes relatifs à l'induration du chancre, en parcourant quelques-uns des principaux traités sur la syphilis publiés dans le cours du XVIII[e] siècle, et même dans les traités de cette époque (2). Mais nous devons nous limiter, et d'ailleurs les citations que nous pourrions si facilement faire, en quoi ajouteraient-elles aux preuves que nous venons de donner de la connaissance qu'avaient les anciens syphiliographes du chancre induré?

De même, si nous voulions relater ce qu'ont dit de l'induration les *spécialistes* du commencement de ce siècle, nous démontrerions facilement qu'ils connaissaient le chancre induré. On peut en juger par les citations suivantes :

« Le symptôme qui paraît être le caractère spécifique des ulcères syphilitiques est un certain épaississement ou une sorte de callosité des parties attaquées qui les accompagne *constamment* (3). »

« Après avoir duré un certain temps, l'ulcère détermine ordinairement un endurcissement de la partie sur laquelle il se trouve. Cet endurcissement est quelquefois comme cartilagineux, et j'ai vu assez souvent la base du prépuce former autour du gland une espèce d'anneau dur et solide (4). »

2° *Du chancre infectant non induré.* — L'induration du chancre infectant, dont nous venons de tracer les caractères, est-elle constante? *Tous les chancres infectants sont-ils indurés?*

Il est de toute évidence que cette question est une question de fait, et que l'on ne peut y répondre qu'après avoir observé un certain nombre de malades atteints de chancres infectants, et après la constatation attentive de l'état des chancres qui ont précédé chez eux la syphilis constitutionnelle, *constatation qui doit être faite du début du chancre jusqu'à sa terminaison.*

(1) *Traité des mal. vénér.*, par de la Martinière, médecin chimique, etc. Paris, 1664, in-16, 167 pages.

(2) « Le chancre, si bien qu'il soit traité, cause presque toujours la vérole, surtout s'il durcit, s'il reste quelque dureté après la cicatrisation de l'ulcère. » (J. L. Petit, *Maladies des os*, t. II, p. 347).

(3) Swediaur, *ouvr. cité*, t. I, p. 358, 7[e] édit.

(4) Richond des Brus, *De la non-existence du virus vénérien*. Paris, 1826, t. I, p. 131.

Cette condition dans l'observation du chancre est indispensable : elle est nécessitée par l'évolution variable de l'induration. En effet, si l'induration est tardive, et que l'examen du chancre ait lieu avant la formation de l'induration, ou que cet examen ne soit pas renouvelé, on portera un jugement faux en concluant que l'induration a manqué dans ce chancre. — D'un autre côté, si l'exploration du chancre a lieu tardivement, dans le temps où l'induration a disparu, on se laissera aller à une conclusion erronée si l'on voit dans ce chancre un exemple d'un chancre infectant sans induration. — Cette première condition d'une bonne observation ne suffit pas. Il faut encore que les malades restent soumis à l'observation pendant plusieurs mois, car nous savons que les symptômes constitutionnels, c'est-à-dire les *signes* de l'infection, ne se manifestent pas toujours immédiatement après la guérison des chancres.

Avant d'aborder l'étude des faits qui vont nous servir à démontrer qu'il est des cas dans lesquels le chancre vrai n'est pas induré, qu'il nous soit permis de faire une remarque préjudicielle.

L'induration, dans le chancre, n'est pas la cause de la syphilis constitutionnelle, mais un de ses effets. — Or, si l'induration n'est qu'un symptôme, on conçoit, *à priori*, qu'elle puisse manquer dans quelques cas. Pourquoi, en effet, le chancre infectant serait-il hors de cette loi si générale de pathologie, à savoir, que *tous* les symptômes d'une affection ne se produisent pas dans chaque cas particulier? Mais comme nous n'entendons pas élever cette remarque à la hauteur d'une preuve, et ainsi éluder la démonstration de ce fait important, qu'*il est des cas dans lesquels le chancre infectant n'est pas induré*, nous allons donner les preuves cliniques de cette assertion.

Observations de malades atteints d'un chancre infectant non induré.

L'observation suivante est une des plus circonstanciées que nous puissions donner :

Obs. — Au mois de juin de l'année 1858, un jeune étranger, docteur en médecine, se présenta à notre consultation particulière en nous disant : « Je viens vous demander votre avis sur le chancre que je porte : Est-il infectant ou non infectant? — Ce qui veut dire, répondis-je, que vous avez montré votre chancre à plusieurs confrères et que les avis sont partagés... Mon opinion est que votre chancre est un chancre infectant; vous avez la syphilis constitutionnelle. — Cependant mon chancre n'est pas induré. — Je le sens bien, dis-je en pressant l'ulcération entre mes doigts, mais votre chancre a la *figure* ou l'*aspect* d'un chancre infectant. Il siége sur le fourreau de la verge, et il est pour nous d'observation que le chancre *infectant* de cette région manque souvent d'induration.

Ce chancre datait de quinze à vingt jours quand nous l'avons vu pour la première fois. Il n'avait été nullement induré avant cette époque; il ne l'a pas été jusqu'à sa

cicatrisation, qui a été lente à opérer. — Les ganglions de l'aine, des deux côtés, n'ont été que très-peu engorgés. — Aucun traitement mercuriel n'est intervenu. — Deux mois et demi après le début du chancre, nous constations une roséole.

Obs. — Février 1858. M. X..., quarante-huit à cinquante ans, maître tailleur. — Pas d'autre affection syphilitique antérieurement, qu'une blennorrhagie à l'âge de vingt-deux à vingt-trois ans.— Chancre de trois semaines siégeant sur le gland, forme ulcéreuse; absence complète d'induration de la base du chancre et d'engorgements ganglionnaires.—Nous faisons espérer au malade que son chancre sera local, tout en posant nos réserves, le chancre infectant du gland, suivant nos remarques, manquant très-fréquemment d'induration. — Nous revoyons ce malade un mois après. Le chancre était presque cicatrisé, mais n'était nullement induré. — Aucun traitement mercuriel n'avait été ordonné. — Quinze jours après, nous annoncions au malade le début d'une syphilide papuleuse qui a été une des plus confluentes que nous ayons vues.

Obs. — Les élèves qui assistaient aux conférences cliniques de notre dispensaire, vers la fin de l'année 1857, ont suivi avec nous l'évolution d'un chancre *infectant* de la racine de la verge, dans lequel l'induration a complétement fait défaut, et cela du début à la terminaison du chancre (pas de traitement mercuriel); chancre qu'ils observaient avec d'autant plus d'intérêt que nous avions annoncé un *chancre infectant non induré type*, diagnostic basé sur l'aspect du chancre, la constatation de la période d'incubation et l'état des ganglions de l'aine.

Une syphilide polymorphe, papuleuse et acnéiforme, se manifesta dans le temps où nous comptions sur l'apparition des acidents constitutionnels, c'est-à-dire un peu plus de deux mois après le début du chancre.

Dans ces trois observations, nous nous sommes mis à l'abri de plusieurs causes d'erreur que nous signalons : 1° existence d'un chancre infectant et d'un chancre non infectant, chez un même malade et dans le même temps, le chancre infectant étant méconnu ; 2° développement d'un chancre infectant induré peu de temps après la guérison d'un chancre simple, le chancre infectant étant méconnu encore, et l'infection constitutionnelle, étant rapportée au chancre simple ; 3° chancre infectant et syphilis constitutionnelle, plusieurs mois ou même plusieurs années avant l'apparition d'un chancre simple, et récidive des accidents constitutionnels pendant la durée de ce chancre simple ou après sa guérison, accidents que l'on rapportera à tort à ce dernier chancre ; — causes d'erreur dont nous rapporterons des exemples lorsque nous ferons la description du chancre non infectant.

Nous trouverions facilement dans les auteurs des observations de chancre infectant sans induration ; dans Carmichael surtout, lui qui, prenant à la lettre la définition du chancre vrai, du chancre syphilitique donnée par Hunter, ne voyait de chancre infectant que dans le chancre induré type. Ainsi dans l'observation 23 (*ouvr. cité*, p. 88), il est question d'un jeune homme atteint d'un ulcère du prépuce sans aucune induration (*without*

surrounding induration), existant depuis trois semaines au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, et qui fut suivi, sept semaines après son début, d'une syphilide papuleuse et d'une angine syphilitique (1).

Nous avons déjà dit, en décrivant l'induration, que les chancres infectants de la peau s'indurent moins que ceux des muqueuses. Ce sont les chancres du fourreau de la verge qui nous ont offert le plus d'exemples de chancres infectants non indurés chez l'homme, et ceux de la région vulvaire chez la femme.

Il est une circonstance qui exerce une influence considérable sur le chancre infectant, au point de vue de l'induration : nous voulons parler du traitement mercuriel.

Le mercure, administré à l'intérieur et à haute dose, au début d'un chancre infectant, entrave le développement de l'induration ; et cela se conçoit. L'induration est un phénomène constitutionnel, c'est-à-dire un des effets de la diathèse syphilitique. En soumettant un malade à un traitement mercuriel précoce, vous modifiez cette diathèse, vous la troublez dans son évolution et opposez à ses manifestations un obstacle parfois suffisant pour les amoindrir. Il y a donc des chancres infectants qui ne s'indurent pas parce que le malade est soumis, peu de temps après le début de l'ulcère primitif, à un traitement antisyphilitique ; et nous retrouverons précisément ce traitement précoce parmi les causes du phagédénisme dans le chancre infectant.

L'absence d'induration dans le chancre infectant établit, on le comprend, une différence notable dans la symptomatologie de cette forme de l'ulcère syphilitique primitif, et rend plus difficile le diagnostic de cette affection.

L'induration de la base manquant dans le chancre infectant non induré, l'étude de sa surface acquiert une très-grande importance. Or cette surface du chancre infectant *sans induration* est la même que celle du chancre infectant induré. — Représentez-vous un chancre infectant pendant les huit ou dix premiers jours de son existence, alors que l'induration ou n'existe pas encore, ou est mal caractérisée : surface grise, pseudo-membraneuse, résistante, et n'ayant nullement l'aspect d'un détritus organique, mais celui d'une production couenneuse où diphthéritique, etc., et vous aurez une très-bonne idée du chancre infectant sans induration.

Quelle est la fréquence relative du chancre infectant induré et du chancre infectant non induré?

Nous le disons, avec la certitude d'être dans le vrai, l'ulcère syphilitique

(1) Au mois d'octobre 1855, notre si distingué confrère en spécialité, M. Diday, nous écrivait : « Je vous adresse en M. X..., un étudiant en médecine de Lyon, qui vous offrira l'intéressante circonstance d'une syphilis constitutionnelle ayant suivi un chancre non induré (il est vrai que les ganglions étaient engorgés et le sont encore). Je le recommande, etc. »

primitif qui annonce la syphilis constitutionnelle est aujourd'hui, dans la très-grande majorité des cas, un chancre de forme indurée.

Quant à préciser ou à formuler numériquement cette proposition, nous ne le pouvons pas, et voici pourquoi.

Pour établir une bonne statistique du chancre infectant induré et du chancre infectant sans induration, il faudrait d'abord préciser : 1° ce que l'on entend par chancre induré, car tel médecin trouve induré un chancre que tel autre médecin considère comme non induré; 2° que tous les malades qui ont été observés pendant la durée d'un chancre, ceux surtout atteints de chancres sans induration, fussent observés ou revus trois ou quatre mois après la guérison de leurs chancres, afin de savoir quels sont ceux de ces malades qui ont eu la syphilis constitutionnelle.— Ne pouvant pas toujours nous livrer à cet examen dans les circonstances au milieu desquelles nous observons, nous n'avons, sur la fréquence relative du chancre *infectant induré* et du chancre *infectant non induré*, que des faits insuffisants. —Les médecins qui se livreront à ces recherches devront, ce nous semble, diviser en trois catégories les malades chez lesquels la syphilis constitutionnelle a débuté par un chancre :

1° Malades dont le chancre a été manifestement induré;
2° Malades dont l'induration a été peu marquée ou douteuse ;
3° Malades chez lesquels le chancre a été manifestement non induré.

§ IV. — Durée. — Terminaison.

La durée du chancre infectant est très-variable, car elle est subordonnée à plusieurs circonstances dont l'intervention, isolée ou combinée, favorise ou retarde singulièrement la guérison du chancre.— Ainsi, il faut tenir compte, de la forme du chancre; — de son siége ; — de l'intervention ou de la non-intervention des médications locales et générales ; — de la présence ou de l'absence des complications; — du régime du malade pendant la durée du chancre, etc.

Les chancres infectants excoriés, ceux qui n'ont pas au début le caractère ulcéreux, durent peu, et se cicatrisent facilement. Nous avons observé et suivi des malades atteints de chancres superficiels de la muqueuse préputiale, de la muqueuse vulvaire, etc., dont la durée n'excédait pas quinze jours, et cela en l'absence de tout traitement local ou général.

La connaissance de ce fait, en apparence peu important, nous rend compte de plusieurs particularités intéressantes relatives au chancre infectant. —Ainsi, l'opinion de la plupart des médecins sur la durée du chancre, reposant sur la notion, très-exacte d'ailleurs, de la longue durée du chancroïde, affection qui a presque toujours servi de type à toutes

les descriptions du chancre, ils admettent difficilement qu'une érosion dont la durée a été si courte, puisse être un chancre infectant. Combien de fois déjà n'avons-nous pas vu des médecins et des élèves en médecine opposer à notre diagnostic de ces chancres infectants de courte durée, des objections tirées précisément de leur terminaison rapide! — Est-il possible, nous disent-ils, qu'un chancre guérisse aussi facilement et aussi vite ? Nous répondons que cela est non-seulement possible, mais qu'il en est souvent ainsi des érosions chancreuses, et nous leur citons des faits comme ceux-ci :

Obs. — En mai 1857, une fille publique présentait sur la partie supérieure et interne de la petite lèvre gauche une excoriation grisâtre, de l'étendue d'une lentille à peine, reposant sur une base qui nous paraissait un peu indurée, excoriation qui était accompagnée de tuméfaction des ganglions de l'aine gauche.

Nous pensâmes qu'il s'agissait là d'un chancre infectant, et cette fille fut envoyée à Saint-Lazare. — Douze ou quinze jours après, nous la retrouvions à la visite sanitaire de sa maison. — Il n'existait alors aucune plaie, aucune excoriation, mais seulement une coloration rouge de la muqueuse dans le point où avait siégé la lésion que nous avions jugé être un chancre infectant. — L'adénite de l'aine gauche avait augmenté de volume. — Trois semaines plus tard, nous constations sur cette fille une roséole et une angine syphilitiques, affections pour lesquelles elle fut de nouveau envoyée à Saint-Lazare.

Obs. — Août 1855. Au dispensaire. — F..., ouvrier cordonnier. — Jamais d'affections syphilitiques antérieures. Érosion superficielle, grisâtre, d'aspect diphthéritique, siégeant sur le frein, dont elle a la forme et l'étendue, c'est-à-dire qu'elle ne déborde pas. L'affection a débuté il y a cinq ou six jours. — Pendant quelques jours, nous hésitons à reconnaître un chancre infectant. Cependant l'induration se manifesta; les ganglions de l'aine se tuméfièrent, et, bien que l'érosion fût cicatrisée dix ou douze jours après notre premier examen, nous annonçâmes à ce malade que son affection du pénis était un chancre infectant. Un mois après, nous constations sur lui une roséole syphilitique.

Nous pourrions facilement multiplier les exemples de chancres infectants se cicatrisant à la fin du deuxième septénaire ou dans le cours de la troisième semaine de leur existence, les cas de ce genre n'étant pas rares. Ils appartiennent, nous le répétons, au chancre superficiel ou érythématique; à l'*érosion chancreuse*.

Le chancre infectant ulcéré, celui surtout qui est atteint d'inflammation ou de phagédénisme, peut être fort long à cicatriser. Il est très-ordinaire, dans ces conditions, de voir un malade porter un chancre *non cicatrisé*, deux mois et même trois mois après le début du chancre. Mais, au delà de ce terme, les chancres encore *sécrétants* sont bien rares : nous n'avons pas souvenir d'avoir observé un seul malade atteint d'un chancre infectant n'étant pas cicatrisé au cinquième mois (1).

(1) Nous avons dit, en parlant de l'anatomie pathologique de l'induration, que cette produc-

La durée de la période ulcéreuse dans le chancre infectant est généralement en rapport avec l'état de la base du chancre. — Le chancre infectant induré se cicatrise beaucoup plus vite que le chancre infectant sans induration.

La *durée de l'induration* est en rapport, nous l'avons déjà dit, avec son volume et sa forme. — Les indurations minces ou parcheminées disparaissent rapidement, et bien souvent on n'en trouve plus aucune trace un mois après le début du chancre.

Il n'en est pas de même des indurations épaisses qui constituent ces *disques* plastiques si caractéristiques du chancre préputial, par exemple. Ces indurations ne disparaissent que très-lentement, surtout en l'absence de traitement, mercuriel ou iodé, si bien, qu'il est très-fréquent de constater leur existence deux, trois et quatre mois après le début du chancre.

Les indurations *pisiformes*, *hémisphériques* sont les plus longues à disparaître. Il n'est pas rare de les voir persister cinq, six, huit et dix mois après leur formation. Il est même des malades chez lesquelles elles ne disparaissent jamais en entier. Plusieurs années après la cicatrisation du chancre, on trouve, dans le lieu qu'il occupait, des *restes* d'induration. Ces *résidus* de l'épanchement fibro-plastique peuvent ensuite servir de noyaux aux infiltrations plastiques qui surviennent dans la période dite tertiaire de la syphilis, et il se produit alors une lésion organique syphilitique des plus curieuses à observer, une *tumeur gommeuse* dans une ancienne induration de chancre primitif : nous en avons vu plusieurs cas.

A part ces cas, relativement rares, d'indurations persistantes, le chancre vrai se termine toujours par la guérison. Nous ne connaissons pas un seul exemple de chancre infectant n'ayant pas eu cette terminaison heureuse. — Les affections ulcéreuses de la peau et des membranes muqueuses qui ne tendent pas à la guérison appartiennent à d'autres espèces morbides : — telles sont les affections désignées sous le nom de crancroïde, d'épithélioma, de lupus, d'ulcères phagédéniques, etc.

Pourquoi un chancre infectant guérit-il? — Nous ne le savons pas ; mais s'il nous était permis de hasarder une interprétation de ce fait, nous dirions que le chancre lui-même est la cause de sa guérison, en produisant l'état diathésique que nous appelons syphilis constitutionnelle,

tion plastique pouvait être le siége d'un ramollissement aigu ou inflammatoire, *après la cicatrisation du chancre;* ramollissement dont le résultat était de rendre ulcéreuse la surface du chancre. Il ne faudrait donc pas confondre cette ulcération *posthume* avec l'ulcération du début du chancre.

c'est-à-dire en changeant les conditions du terrain sur lequel il s'est développé ; — en faisant en quelque sorte comme un autre sujet de l'individu sur lequel il a exercé son action. Nous savons, en effet, que les virus sont généralement impuissants à se reproduire, c'est-à-dire à *vivre* sur les individus qu'ils ont déjà contaminés ou diathésés. N'est-il pas dès lors permis de supposer, qu'un malade atteint d'un chancre infectant, étant diathésé par ce chancre, n'est plus un sujet dans les conditions voulues de vitalité, de persistance, nous allions dire de germination, du chancre infectant lui-même, et celui-ci s'éteint parce qu'il ne trouve plus réunies les conditions de son existence ? Le fait si important de la non-inoculation du chancre infectant à celui qui le porte (fait que nous allons étudier dans l'un des paragraphes suivants) ne peut d'ailleurs être compris autrement.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation de la guérison du chancre infectant, nous insistons sur le *fait* important de sa tendance à la guérison spontanée, et sur la régularité de cette terminaison, lorsqu'elle n'est pas troublée par les écarts de régime du malade, ou par les mauvaises médications auxquelles il peut être soumis.

§ V. — Complications.

Ainsi, dans la très-grande majorité des cas, le chancre infectant marche régulièrement vers la guérison. L'induration de la base et l'état diathésique semblent en quelque sorte le placer dans les conditions d'une terminaison fatalement, et rapidement heureuse : l'induration, en arrêtant sa tendance à l'ulcération des tissus; l'état diathésique (syphilis constitutionnelle), en modifiant l'état général du malade, c'est-à-dire en faisant de lui un sujet peu apte à subir l'action locale du virus syphilitique.

Cependant, sous l'influence de causes qui ne nous sont pas toutes connues, on voit parfois survenir des complications. Le chancre prend de l'extension, gagne en largeur et en profondeur, use et *dévore* les tissus sur lesquels il siége : c'est le *phagédénisme.*

D'autres fois les perturbations locales dans le chancre sont à la fois, et si rapides, et si intenses, qu'il est comme frappé de mort partielle ou totale : c'est la *gangrène.*

Enfin, nous devons considérer comme appartenant aux complications qui viennent entraver la marche régulière d'un chancre infectant, l'*inflammation*, l'état aigu, c'est-à-dire la réaction locale exagérée que détermine parfois l'ulcère syphilitique primitif.

1° *Phagédénisme.* — Cette complication est rare dans le chancre infec-

tant; elle appartient en quelque sorte, au chancre simple, au chancroïde, c'est-à-dire au chancre local, et constitue un des états morbides les plus graves qu'il nous soit donné de traiter.

Il n'est pas très-rare, néanmoins, de constater qu'un chancre infectant s'étend en surface, déborde son induration, et ulcère la peau ou les membranes muqueuses dans une certaine étendue. Mais il y a loin de ces *écarts* du chancre vrai, au phagédénisme du chancre local. Vous ne verrez jamais un chancre infectant envahir toute une région du corps, et opérer ces mutilations d'organes (gland, corps caverneux, urèthre, etc.) si communes consécutivement aux chancres phagédéniques locaux.

Le phagédénisme du chancre infectant consiste peut-être uniquement dans une anomalie d'évolution de l'induration, dans l'inflammation de ce tissu accidentel; phénomène dont nous avons parlé à propos de l'anatomie pathologique de l'induration.

Le traitement mercuriel employé trop tôt, et surtout poussé trop activement et trop loin, est une des causes les plus fréquentes de cette tendance du chancre infectant à l'ulcération.

Les boissons alcooliques et les excitations locales et générales de toutes sortes (coït, abus des caustiques, écarts de régime, etc.) peuvent à elles seules déterminer dans un chancre infectant cette action à l'ulcération que l'on désigne sous le nom de *phagédénisme.*

2° *Gangrène.* — La gangrène est une complication des plus rares dans le chancre infectant, si l'on entend parler de ces mortifications qui frappent non-seulement le chancre, mais s'étendent assez loin autour de lui, et déterminent, comme le phagédénisme, les grandes mutilations du pénis ou de la vulve dont on trouve de nombreux exemples dans les auteurs.

Mais la gangrène partielle, c'est-à-dire la mortification limitée à l'induration ou à une partie de cette induration, n'est pas chose rare dans le chancre infectant. Les causes de cette complication sont les mêmes que celles du phagédénisme, et parmi elles, les excès alcooliques tiennent le premier rang.

La gangrène diffère du phagédénisme par ce fait important qu'elle tue le chancre, c'est-à-dire qu'elle anéantit sa virulence et le convertit en une solution de continuité qui perd sa propriété de contagion ou d'inoculation; tandis que le phagédénisme semble donner à cette propriété une survie ou un surcroît de durée qui constitue le caractère le plus important de cette complication (Ricord). Aussi, abstraction faite des désordres locaux qui peuvent suivre la gangrène, et qui ne sont jamais bien étendus dans le chancre infectant, la gangrène n'est pas une complication grave; et cela est si vrai, que l'art la provoque parfois : ainsi le traitement *ectro-*

tique ou abortif du chancre par l'emploi des caustiques est-il autre chose que la production d'une gangrène artificielle?

Dans le chancre infectant, la gangrène, disons-nous, est ordinairement partielle. Il n'est pas rare, en effet, pendant la période d'état d'un chancre, d'observer quelques points de sa surface, à sa partie centrale surtout, qui prennent une teinte ardoisée, et sont ultérieurement éliminés. C'est là une sorte de gangrène interstitielle dont les phénomènes passent souvent inaperçus, et que nous croyons être un mode d'élimination assez fréquent de la couche diphthéritique qui recouvre une partie de la surface du chancre infectant pendant les deux ou trois premiers septénaires de sa durée.

Il ne faut donc pas confondre cette *gangrène superficielle* ou *exfoliative* avec la mortification partielle ou totale de l'induration du chancre. Celle-ci est évidemment plus tardive, comprend d'autres éléments anatomiques, et on l'observe beaucoup plus rarement. Nous en avons déjà parlé à propos de l'induration et des différents phénomènes qu'elle présente.

3° *Inflammation.* — En outre du phagédénisme et de la gangrène, nous mentionnerons d'une manière toute particulière une complication fréquente dans le chancre infectant : nous voulons parler de l'*inflammation.*

L'inflammation, dans le chancre infectant, est un phénomène morbide distinct du phagédénisme et de la gangrène. Un chancre enflammé n'est pas un chancre phagédénique, et encore moins un chancre gangréneux. Sans doute les complications phagédénisme et gangrène peuvent être la conséquence de l'inflammation; mais nous insistons sur ce fait que l'inflammation ne détermine pas fatalement le phagédénisme ou la gangrène, et qu'elle constitue une complication distincte.

Mais que faut-il entendre par ces mots *chancre enflammé?* Quelle est cette complication du chancre infectant dont les livres font à peine mention, et qui se rencontre si fréquemment chez les malades?

Une bonne appréciation de cet état morbide repose sur la connaissance de la marche régulière ou normale du chanche infectant. Or nous savons que le chancre infectant dans sa forme la plus fréquente, l'érosion chancreuse, a peu de tendance à l'ulcération; — qu'il s'indure facilement et rapidement; — qu'il reste *froid* et indolent, c'est-à-dire ne donne lieu qu'à peu de réaction locale; si bien que, dans la plupart des cas, les tissus voisins restent en quelque sorte indifférents à sa présence.

Mais il arrive assez fréquemment, et cela sous l'influence des causes locales et générales des inflammations, qu'un chancre devient douloureux; que les tissus sur lesquels il s'est développé sont le siége d'une hyperémie des plus évidentes : ils sont rouges, tuméfiés, douloureux ou sensibles au toucher dans une assez grande étendue autour du chancre; la région elle-même sur laquelle siége l'ulcère primitif a changé de forme et

d'aspect. Il suffit de rappeler les chancres de la muqueuse préputiale accompagnés de phimosis, de tuméfaction plus ou moins considérable du fourreau de la verge, avec rougeur érysipélateuse de la peau, etc., ceux des grandes et des petites lèvres chez la femme, produisant des tuméfactions œdémateuses d'une partie de la vulve, etc.; il suffit, disons-nous, de ces quelques exemples pour indiquer ce que nous entendons par inflammation compliquant un chancre infectant, et pour faire pressentir toute l'importance de cet état morbide dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

Le *phimosis* et le *paraphimosis* sont considérés par tous les auteurs comme étant des complications du chancre. On pourrait les appeler des complications *extrinsèques;* — le phagédénisme, la gangrène et l'inflammation constituant des complications *intrinsèques*.

Le *phimosis*, on le sait, est cet état permanent ou temporaire, congénital ou acquis, dans lequel le prépuce, recouvrant le gland, ne peut être ramené en arrière de cet organe. Il est évident que cet état des organes génitaux n'est possible que chez les incirconcis, et particulièrement chez les hommes dont le prépuce est long : dans ces conditions, lorsqu'un chancre infectant de quelque étendue siége sur la muqueuse préputiale, et que ce chancre s'indure, le phimosis se produit très-facilement, car l'induration donne aux tissus une consistance et une roideur qui suffisent pour s'opposer au renversement du prépuce ou à sa rétraction en arrière du gland. Il y a là, que l'on nous passe cette expression, comme une attelle organique qui fixe et maintient le prépuce dans la position qui constitue le phimosis, et ce n'est qu'après la disparition de l'induration que cesse cet état anormal. Cette complication est très-fréquente lorsque les chancres siégent sur la muqueuse préputiale et dans le sillon glando-préputial. Elle est d'ailleurs peu grave dans les cas de chancre infectant. En effet, le chancre infectant ne s'inoculant pas sur le malade qui en est atteint, le phimosis ne donne pas lieu à ces inoculations de voisinage des chancres, si fréquentes, au contraire, lorsque le phimosis complique les chancres simples de la muqueuse préputiale et ceux du gland. — Avec un chancre infectant du feuillet muqueux du prépuce, le phimosis n'a d'autre inconvénient que celui de rendre plus difficile l'emploi de la médication locale, et par suite de retarder la guérison du chancre.

Lorsque le prépuce est rétracté en arrière du gland, lorsqu'il y a *paraphimosis*, et qu'un seul ou plusieurs chancres infectants siégent sur le gland, derrière la couronne ou sur la muqueuse du prépuce, il n'y a pas lieu non plus de s'alarmer beaucoup. — L'œdème dur du tissu cellulaire préputial, qui en est la conséquence, et qui parfois inquiète beaucoup les

malades, n'a que peu d'influence sur la terminaison favorable du chancre, si la constriction des parties est moderée. Mais si le paraphimosis est intense, si le gland est comme étranglé, on comprend dans quelles mauvaises conditions de guérison se trouvent alors les chancres. L'obstacle apporté à la libre et facile circulation des fluides dans la partie malade peut seul, non-seulement entraver la guérison des chancres, mais encore déterminer les complications dont nous avons parlé plus haut.

Nous considérons donc le paraphimosis comme étant d'un pronostic plus fâcheux que le phimosis. Heureusement la *nature* du chancre permet de faire des incisions ou des débridements, opérations pleines de dangers pour le malade lorsqu'il s'agit de paraphimosis compliquant les chancroïdes (1).

En résumé, le phimosis et le paraphimosis peuvent être considérés comme étant des complications de peu de gravité lorsqu'elles coïncident avec des chancres infectants, tandis que nous verrons ces mêmes complications constituer pour le médecin un embarras sérieux dans les cas de chancres non infectants.

§ VI. — Symptômes concomitants.

1° *Adénopathies.* — Pendant la durée d'un chancre infectant, les ganglions lymphatiques situés dans le voisinage de ce chancre sont ordinairement le siége d'un travail morbide particulier qui détermine la tuméfaction et l'induration d'un certain nombre de ces ganglions.

Il est digne de remarque que les ganglions lymphatiques qui se tuméfient et s'indurent sont ceux qui reçoivent directement les lymphatiques de la région sur laquelle siége l'ulcère primitif. Ainsi vous ne verrez pas les glandes des aines augmenter de volume et s'indurer lorsque le chancre siégera sur les lèvres, sur la langue, sur les paupières, etc., ni les ganglions sous-maxillaires et préauriculaires se tuméfier lorsque le chancre infectant siégera sur les organes génitaux. L'adénite suit le chancre, en quelque sorte, comme l'ombre suit le corps, se manifestant dans la région inguinale pour tous les chancres situés dans les régions sous-ombilicales du corps ; — dans les régions épitrochléenne et axillaire pour ceux du membre supérieur et des régions sus-ombilicales du tronc ; et enfin dans les régions préauriculaire, sous-maxillaire et cervicale pour les chancres de la face, des lèvres, de la cavité buccale, etc. Bien mieux, dans un groupe régional de ganglions, celui de l'aine, par exemple, on observe

(1) Dans le premier cas, les plaies résultant des incisions pratiquées sur le *bourrelet* rétro-balanique ne s'inoculent pas, tandis que dans le second cas elles sont vite tranformées en chancres, car il est difficile de les garantir du contact de la sécrétion des chancroïdes concomitants.

que ce sont précisément les ganglions qui reçoivent plus particulièrement les lymphatiques des organes génitaux (ganglions supérieurs de la région inguinale) qui s'indurent dans les cas de chancre du pénis ou de la vulve, tandis que ce sont les ganglions inguinaux inférieurs, ceux du sommet du triangle crural, qui se tuméfient, si le chancre existe sur les orteils, sur la peau de la jambe ou des cuisses.

Les adénopathies concomitantes du chancre infectant ont peu de tendance à l'état aigu ou phlegmoneux ; elles sont peu douloureuses et parfois tout à fait indolentes. La peau qui les recouvre conserve ses caractères anatomiques et reste mobile sur les ganglions tuméfiés qu'elle recouvre.

Le nombre des ganglions indurés est variable ; il est généralement en rapport avec le nombre des ganglions lymphatiques de la région qui avoisine le chancre. — Lorsque plusieurs ganglions sont tuméfiés, ils restent isolés, c'est-à-dire ne se réunissent pas en une tumeur dure et volumineuse, comme on l'observe dans les adénopathies désignées sous le nom de *bubons strumeux*. Cependant cette réunion ou cette agglomération des adénites en une seule masse, se rencontre parfois avec le chancre infectant, et cette particularité est importante à connaître, car si dans les cas où on l'observait, les caractères du chancre infectant n'étaient pas très-marqués, l'aspect strumeux de l'adénite pourrait contribuer à faire commettre une erreur de diagnostic.

Nous venons de dire que l'adénite concomitante du chancre infectant présentait rarement l'état aigu ou phlegmoneux, si fréquent, nous le verrons, dans les bubons symptomatiques du *chancroïde*. Mais il est à ce fait des exceptions incontestables ; des bubons phlegmoneux peuvent coïncider avec le chancre infectant, et nous en fournirons les preuves dans le chapitre consacré aux bubons.

Peut-on préciser l'époque du début des adénopathies concomitantes? Nous le croyons, et nous pensons, avec M. Ricord, que ces adénites commencent le plus souvent avec l'induration chancreuse ou la suivent de très-près : « C'est dans le courant du *premier* ou du *second septénaire* que vous les verrez se produire, et il est très-rare qu'elles tardent davantage à se manifester (*Leçons*, p. 114). » Cette proposition est vraie surtout pour les adénopathies qui accompagnent le chancre infectant induré, et il est permis de supposer que la même cause inconnue qui détermine l'induration dans le chancre la produit dans les ganglions voisins. — Nous avons vu plusieurs fois l'adénopathie débuter tardivement, et seulement au moment où se manifestait l'induration dans le chancre. Ainsi, nous avons cité (p. 66) l'observation d'un jeune docteur étranger qui nous consulta pour deux chancres infectants, dans lesquels l'induration et les adé-

nites ne se manifestèrent qu'à la fin de la troisième semaine du début des ulcérations.

Le chancre infectant est-il toujours accompagné d'affections ganglionnaires? L'adénopathie est-elle le satellite *obligé* de l'ulcère syphilitique qui annonce le début de la syphilis constitutionnelle ?

Incontestablement non. Tous les ans nous observons quelques malades chez lesquels des chancres suivis d'infection générale ne donnent lieu à aucune tuméfaction, à aucun état pathologique appréciable des ganglions lymphatiques situés dans leur rayonnement, et cela à aucune époque de leur durée. Telle n'est pas l'opinion de M. Ricord, car nous lisons dans les *Leçons sur le chancre* : « C'est un symptôme *qui ne fait jamais défaut*, et que vous pourrez invoquer à coup sûr ; le bubon est le compagnon fidèle, je pourrais dire *obligé*, du chancre infectant ; il se produit fatalement à sa suite... *Pas de chancre infectant sans bubon symptomatique induré*. Voilà, messieurs, ce qu'on peut appeler sans crainte une *loi* pathologique (1). » (P. 123.)

Nous n'hésitons pas à dire que cette proposition, formulée d'une manière aussi absolue, n'est pas conforme à l'observation des malades. Il est pour nous hors de doute qu'il est des chancres infectants sans traces d'engorgements ganglionnaires : assertion dont nous fournirons les preuves en décrivant le bubon.

L'adénopathie manque plus fréquemment avec le chancre infectant non induré qu'avec le chancre induré type ; plus fréquemment encore avec le chancre infectant très-ulcéré qu'avec celui qui revêt et conserve la forme exanthématique et superficielle. Mais nous avons plusieurs fois rencontré des chancres indurés types des organes génitaux, datant de quatre à huit semaines, qui n'étaient accompagnés d'aucune affection ganglionnaire appréciable.

Tous les cas de chancres infectants non accompagnés d'adénopathies que nous avons observés appartenaient à des chancres génitaux, et ni nos notes ni nos souvenirs, ne nous rappellent un seul cas de chancre infectant, situé hors de la sphère génitale, n'ayant pas été accompagné d'un engorgement ganglionnaire. Il est vrai de dire que ces derniers chancres sont beaucoup moins nombreux que ceux situés sur les organes génitaux, et qu'ils passent inaperçus lorsque l'engorgement satellite fait défaut.

Les adénopathies symptomatiques du chancre infectant ont un remarquable caractère de persistance. Le plus souvent, en effet, l'induration gan-

(1) Feu le Dr Philippe Boyer, dans son *Traité de la syphilis* (Paris, 1836), avait déjà dit qu'il n'existait pas de chancres sans bubons : l'adénopathie était pour lui le signe le plus certain de la nature syphilitique des ulcérations des organes génitaux (p. 77).

glionnaire survit au chancre, et il nous est arrivé plus d'une fois, de remonter au siége d'un chancre en constatant des ganglions indurés dans telle ou telle région du corps.

2° *Lymphites.* — Il n'est pas rare de trouver sur la face dorsale du pénis, alors qu'un chancre induré existe sur la muqueuse du gland ou du prépuce, un cordon dur que l'on peut suivre parfois jusqu'à son *confluent* ganglionnaire, mais qui le plus souvent se perd dans la région du pubis. D'autres fois c'est sur une des faces latérales de la verge que l'on trouve la lymphite indurée, car c'est le nom que l'on donne à la lymphangite concomitante du chancre infectant.

Cette lymphite dorsale, fort anciennement connue, et décrite longtemps avant la découverte des vaisseaux lymphatiques, est mentionnée par la plupart des auteurs modernes qui ont parlé du chancre induré. Mais il est une variété de cette affection dont nous ne trouvons aucune description : nous voulons parler de ces indurations des vaisseaux lymphatiques qui avoisinent parfois un chancre induré et forment comme des nodosités ou des renflements durs, comparables aux dilatations variqueuses des lymphatiques mentionnées dans ces derniers temps. Ces indurations des lymphatiques, de petite étendue, incurvées et tortueuses comme des racines, rappellent au toucher la disposition et la forme des ceps de vigne. On les rencontre : 1° dans l'épaissenr du prépuce, lorsque des chancres siègent sur le limbe ; 2° sur les corps caverneux, un peu en arrière du gland, dans le tissu cellulaire lâche qui sépare la muqueuse préputiale de la membrane fibreuse des organes d'érection, dans les cas de chancres du sillon.

Nous pensons qu'il faut rapporter aussi à des lymphites indurées les indurations particulières que l'on trouve parfois dans le voisinage d'un chancre infectant, et dans des points où n'avait existé aucune ulcération ou exulcération de la peau ou des muqueuses.

Les lymphites phlegmoneuses, et surtout la lymphite suppurée, concomitantes d'un chancre infectant, sont encore plus rares que les adénites *animées* et les adénites suppurées symptomatiques du chancre infectant. Nous n'en avons jamais observé qu'un seul exemple, et ceux qui existent dans les auteurs se rapportent à des lymphites consécutives à des chancroïdes.

3° *Symptômes prodromiques; affections constitutionnelles.* — Ce que nous savons, et de la rapidité avec laquelle se produit l'infection constitutionnelle ou générale, dans la syphilis transmise par inoculation, et de la longue durée du chancre infectant dans quelques cas, pouvait faire pressentir que quelques-uns des symptômes de la syphilis généralisée devaient se manifester pendant l'existence du chancre.

En effet, il n'est pas rare, sur un malade atteint d'un chancre infectant,

d'observer les symptômes prodromiques de la syphilis généralisée (douleurs rhumatoïdes, céphalée, lassitudes, etc.), et si le chancre existe depuis plus de deux mois, de trouver sur le malade quelques-unes des affections les mieux typées de la syphilis, telles que la roséole, les papules de la peau et les membranes muqueuses, l'angine, etc. Nous verrons un peu plus loin de quelle utilité est la connaissance de ces faits dans le diagnostic du chancre infectant.

§ VII. — Du nombre des chancres infectants sur un même malade.

Le nombre des chancres infectants dont un malade peut être atteint dans le même temps est variable. Le plus ordinairement on n'en trouve qu'un seul, siégeant sur les organes sexuels, dans leur voisinage, ou sur une région éloignée de la sphère génitale : le chancre est *solitaire.*

D'autres fois on constate sur le même malade, et dans le même temps, l'existence de plusieurs chancres, situés sur la même région, ou, ce qui est plus rare, siégeant sur des régions différentes. Le chancre infectant est alors *multiple.*

Au point de vue du nombre des chancres infectants, on peut donc diviser les malades qui en sont atteints, en deux catégories : 1° ceux chez lesquels le chancre est *solitaire;* 2° ceux chez lesquels les chancres sont *multiples.*

1° *Du chancre infectant solitaire.* — Si l'on examine un certain nombre de malades atteints de la syphilis constitutionnelle, et que l'on tienne compte pour chacun d'eux du nombre de chancres par lesquels la maladie a débuté, on ne tarde pas à se convaincre que les individus n'ayant eu qu'un seul chancre infectant, l'emportent de beaucoup par le nombre sur ceux qui ont été atteints de chancres infectants multiples.

Cette observation sur la fréquence relative du chancre infectant solitaire a été à peine mentionnée par les médecins spécialistes. Aucun d'eux n'a cherché à préciser ce fait clinique, et encore moins à lui donner une signification ou une interprétation quelconque.

Depuis plus de dix ans, dans notre cours public, nous appelons l'attention sur la fréquence de l'état solitaire du chancre infectant, et nous donnons de ce fait une interprétation que nous allons exposer (1).

Voici d'abord le résultat de nos recherches : sur un nombre total de

(1) L'état solitaire du chancre infectant est signalée dans notre *Mémoire sur le chancroïde* (1854) : « Le chancre induré est le plus souvent solitaire ou unique sur un même malade » (p. 7), et surtout dans une note lue à la Société de chirurgie le 3 octobre 1855, et insérée dans l'*Union médicale* (octobre 1855) sous ce titre : *Considérations nouvelles sur le chancre infectant et le chancroïde.*

267 malades (hommes) atteints de syphilis constitutionnelle, et chez lesquels le chancre a été le seul antécédent de la syphilis, nous avons trouvé que le chancre avait été solitaire 224 fois et multiple 43 fois seulement; ce qui, en nombre rond, peut se traduire par 80 fois sur 100, ou 4 fois sur 5. — Ainsi, dans les quatre cinquièmes des cas le chancre infectant est unique ou solitaire sur un même malade.

Le fait dont nous parlons a été confirmé et accepté par M. Ricord, qui l'a signalé pour la première fois dans ses *Leçons sur le chancre* (1857). M. Ricord, en outre, ayant fait noter pendant le cours de l'année 1856 le nombre des malades de son service atteints de chancres infectants, ce nombre fut de 456, et leurs chancres ainsi repartis :

1° Malades porteurs d'un chancre induré *unique*. . . .	341
2° Malades porteurs de chancres indurés *multiples*. . . .	115
	456

« D'après cette statistique, le chancre induré serait *solitaire trois fois sur quatre*. M. Clerc est (*était*) arrivé à un résultat à peu près analogue. » (*Ouvr. cité*, p. 94.)

Ce n'est pas assez de savoir que le chancre infectant est ordinairement solitaire. Ce que l'on ne saurait trop remarquer, c'est qu'il reste solitaire dans des conditions de siége et de durée qui sembleraient devoir le rendre fatalement multiple. Ainsi vous ne voyez pas le chancre infectant des lèvres (qu'il siége sur la lèvre supérieure ou sur la lèvre inférieure) inoculer le point correspondant de la lèvre opposée, qui cependant est en rapport immédiat avec le chancre pendant toute sa durée. — Cet isolement est encore plus frappant dans le chancre induré de la muqueuse préputiale, compliqué de phimosis : ni la muqueuse qui recouvre le gland, ni aucun autre point de la face interne du prépuce ne se contamine, et l'on est véritablement surpris, lorsqu'on découvre le gland, de ne trouver qu'une seule induration, qu'un seul chancre. Même chose arrive lorsque le chancre infectant siége sur les grandes ou sur les petites lèvres chez la femme.

L'état solitaire du chancre infectant, dans ces conditions de facile inoculation de voisinage, est un fait si fréquent, qu'il y a lieu de s'étonner que ce fait ait passé inaperçu.

Il n'est pas facile, de prime abord, de se rendre compte de cette fréquence de l'état solitaire du chancre infectant. Voici, suivant nous, l'interprétation de ce fait (1).

(1) Ce qui suit est extrait de la note lue par nous à la Société de chirurgie, octobre 1855.

« Les syphiliographes sont unanimes pour reconnaître que le chancre infectant détermine très-rapidement, c'est-à-dire en peu de jours, cet état particulier de l'économie auquel nous donnons le nom d'*infection générale*, d'*état diathésique*, de *syphilis généralisée.* Ainsi, lorsqu'un malade porte depuis quelques jours un chancre infectant, ce malade est diathésé, il a la syphilis constitutionnelle. Or, dans toutes les maladies virulentes, nous savons que les sujets diathésés sont peu aptes à être réinoculés par le virus qui les a infectés..... Le chancre infectant reste donc solitaire, précisément à cause de cet état diathésique précoce qu'il détermine chez le malade, malade qui est devenu comme un autre sujet, par rapport au virus du chancre qu'il porte. Son état constitutionnel le rend réfractaire à de nouvelles inoculations de voisinage, inoculations que rien ne vient entraver, au contraire, dans le cas de chancre simple, dans celui qui reste une lésion locale. Le chancre infectant se condamne donc en quelque sorte à l'isolement par l'empoisonnement précoce qu'il a produit. En un mot, modifiant promptement et profondément l'état constitutionnel du malade sur lequel il s'est développé, il le rend réfractaire à son action itérative... »

« Si cette interprétation de l'état solitaire du chancre infectant est vraie, il doit en résulter forcément cette conséquence : sur un un malade qui porte un chancre infectant, si l'on tente une inoculation expérimentale avec son propre pus, cette inoculation doit très-souvent échouer, c'est-à-dire être négative. » — Et, en effet, nous allons bientôt démontrer qu'il en est ainsi (§ IX).

2° *Du chancre infectant multiple.* — Il est incontestable que l'on voit parfois des malades atteints de plusieurs chancres indurés dans le même temps. — Ces cas de chancres infectants multiples ne sont pas très-rares, puisqu'ils comptent pour *un cinquième* dans la totalité des cas que l'on observe chez l'homme.

Une première chose à noter dans les cas de chancres infectants multiples est le nombre restreint des chancres. Il est rare, en effet, d'en rencontrer plus de deux ou trois sur le même malade. Depuis quatorze ans, dans notre dispensaire seulement, nous avons observé plus de *deux mille* malades atteints de chancres infectants ; il n'en est pas un seul qui ait été noté comme portant plus de cinq chancres indurés.

Le fait sur lequel nous insistons le plus dans nos cours, en parlant du chancre infectant multiple, est celui de l'apparition simultanée de tous les chancres : *les chancres indurés multiples sont contemporains*, ils ont une origine commune, c'est-à-dire qu'ils procèdent d'une même contagion, et ils naissent en même temps. En d'autres termes, l'observation attentive des malades nous a appris que l'on ne voit pas les chancres infectants multiples apparaître à plusieurs jours ou à plusieurs semaines

d'intervalle l'un de l'autre, comme on l'observe si fréquemment dans les cas de chancres simples multiples.

C'est ici le lieu de signaler une erreur que commettent parfois les malades. — Il n'est pas rare d'en rencontrer qui ignorent l'existence d'un chancre induré sur leurs organes génitaux, ce qui arrive lorsque le chancre infectant est récent, solitaire et peu douloureux. D'autres fois il y a deux ou trois chancres indurés sur la muqueuse préputiale, et le malade n'a constaté l'existence que de l'un deux. Eh bien ! si la découverte des autres chancres est faite par le malade à plusieurs jours de distance, il croira au développement successif des chancres, et si vous acceptez ses réponses sans contradiction, vous partagerez son erreur.

Les chancres infectants multiples sont ordinairement groupés sur la même région. Chez l'homme, on les trouve le plus souvent sur la muqueuse glando-préputiale ; sur cette muqueuse et sur le fourreau ou sur le scrotum ; sur la région vulvaire, chez la femme. — Il est rare de voir des chancres indurés sur des régions éloignées l'une de l'autre.

Pourquoi le chancre infectant est-il tantôt solitaire et tantôt multiple ? — L'enfant vacciné, dont nous prendrons encore ici l'exemple, reproduit ordinairement autant de boutons vaccinaux qu'il y a eu de piqûres d'inoculations faites sur ses bras. De même, il est infiniment probable qu'il y a autant de chancres infectants chez un malade qu'il y a eu de points de la muqueuse génitale excoriés au moment de la contagion (1).

§ VIII. — Du siége du chancre infectant.

Toutes les régions de la peau, toutes les membranes muqueuses extérieures, sur lesquelles le virus syphilitique aura été déposé accidentellement ou inoculé artificiellement, peuvent être le siége d'un chancre.

Dans les inoculations artificielles, le chancre naît et se développe dans le point où le virus a été inséré. La régularité et la précision du siége du chancre, dans ces cas, est un fait analogue à celui qui a lieu dans les inoculations de la variole, de la vaccine : la pustule varioleuse, le bouton vaccinal naissent, on le sait, dans les piqûres d'inoculation.

Il en est de même dans les inoculations accidentelles : le chancre infectant se manifeste sur les régions du tégument cutané ou muqueux sur lesquelles le virus syphilitique a été déposé : « *Les parties premièrement*

(1) La multiplicité des lésions génitales, chez le contagionnant, doit concourir à la multiplicité des lésions primitives, chez le contagionné.

attouchées sont les premières affectées de ce mal, et altérées par tel venin. » (Thierry de Héry.)

Les rapports de contact qui peuvent avoir lieu entre un individu atteint de certaines lésions syphilitiques que nous indiquerons plus loin, et un individu sain, étant très-divers, il en résulte que le siége du chancre infectant, chez l'un et chez l'autre sexe, est variable.

Cependant, l'acte génital étant le mode de propagation le plus ordinaire de la syphilis, il s'ensuit que les organes génitaux, chez l'homme et chez la femme, sont les parties du corps sur lesquelles on observe le plus souvent le chancre infectant. Mais, on le sait, l'immoralité chez quelques individus, les écarts de l'imagination chez d'autres, modifiant les conditions normales de la fonction génitale, c'est-à-dire la faisant s'accomplir dans des conditions contre nature, le chancre infectant peut se manifester dans des régions et sur des organes tout à fait étrangers à l'appareil génital. — De là les chancres des lèvres, de la langue et de la cavité buccale ;—de l'anus, de la région fessière, des cuisses, des mamelles, etc. — D'un autre côté, le virus syphilitique, pouvant être porté à l'aide des doigts, ou de toute autre manière, sur différentes parties du corps, des chancres infectants peuvent se développer sur certaines régions de la peau, sans qu'il soit possible parfois de se rendre compte du mode de contagion qui les a précédés.

On peut donc diviser les chancres infectants, sous le rapport de leur siége, en deux groupes :

1° Ceux qui ont pour siége les organes génitaux, chez l'homme et chez la femme ;

2° Ceux qui sont situés hors de la région génitale, chez les deux sexes.

Du chancre infectant génital chez l'homme. — Dans la très-grande majorité des cas, le chancre infectant, chez l'homme, siége sur les organes génitaux. Les points de ces organes le plus souvent affectés de chancres sont ceux sur lesquels le virus syphilitique est le plus facilement déposé et retenu ; ceux surtout sur lesquels il rencontre le plus fréquemment ses conditions d'action, c'est-à-dire des excoriations ou des déchirures de l'épiderme (1).

Le plus souvent le chancre infectant, chez l'homme, siége sur la muqueuse préputiale, et particulièrement dans les points où cette muqueuse se réfléchit sur les corps caverneux pour se confondre avec celle du gland, région que l'on désigne sous le nom de *sillon glando-préputial.*

(1) Astruc disait [illegible] « Les chancres viennent principalement aux endroits des parties génitales les plus exposés à l'a[illegible]hésion de l'humeur virulente, et les plus propres à retenir longtemps cette humeur. » (*Ouvr. c*[illegible]*té*, t. III, p. 339).

Deux circonstances rendent compte de la fréquence du chancre du sillon et du feuillet muqueux du prépuce : 1° la fréquence des écorchures ou des érosions de ces points de la muqueuse génitale pendant le coït ; 2° la facilité du dépôt et du séjour du virus dans cette région. — La fréquence des chancres de la muqueuse préputiale est si grande, que les chancres de cette région comptent pour près des deux tiers dans la totalité des cas de chancres infectants chez l'homme.

Après la muqueuse préputiale, les régions le plus souvent affectées de chancre infectant sont, dans l'ordre de fréquence : l'enveloppe cutanée du pénis, c'est-à-dire le fourreau de la verge ; le limbe ou l'orifice du prépuce, le méat urinaire, le frein, l'angle péno-scrotal et le scrotum.

Ce rapport de fréquence des chancres infectants chez l'homme, résulte de l'analyse de 403 malades, sur lesquels nous avons noté avec soin le siége du chancre infectant. En voici le tableau d'après un relevé fait sur le registre de notre dispensaire, et portant sur les malades atteints de chancres infectants, dont le siége a été noté, et cela, du 1er janvier 1856 au 1er juillet 1858 seulement (1) :

Muqueuse préputiale : face interne du prépuce et sillon glando-préputial	234
Limbe ou orifice du prépuce	34
Frein	14
Gland (2)	12
Méat urinaire	33
Enveloppe cutanée du pénis, ou fourreau	58
Angle péno-scrotal	5
Scrotum	3
Lèvres	5
Langue	1
Pubis	2
Cuisse	1
Paupières	1
	403 (3)

(1) Pendant cette même période de temps (deux ans et demi) le nombre des malades *nouveaux* qui se sont présentés au dispensaire a été de 4,506. Sur ce nombre, plus de 403 malades ont été atteints de chancres infectants, car le siége du chancre n'a pas toujours été noté.

(2) Nous n'avons pas fait figurer parmi les chancres du gland ceux qui étaient situés dans le sillon glando-préputial et empiétaient sur le gland.

(3) M. Bassereau a noté le siége du chancre infectant chez les malades (hommes) atteints des différentes formes de syphilides qu'il a décrites dans son *Traité des maladies de la peau symptomatiques de la syphilis.* — En groupant les cas relatifs au siége du chancre, nous avons pu dresser le tableau suivant :

Muqueuse préputiale (face interne du prépuce et sillon

Ce relevé suggère plus d'une remarque intéressante au point de vue pratique.

Sur 403 chancres infectants constatés chez des hommes, 393 siégeaient sur les organes génitaux; d'où il résulterait que le chancre infectant génital constitue les 97 centièmes de la totalité des chancres infectants chez l'homme. Cette petite proportion du chancre infectant *extragénital* (3 pour 100) militerait en faveur de la moralité des malades que nous avons observés; mais ici nous pensons que la statistique induirait en erreur, si l'on concluait de ce que l'on a *chiffré* à ce qui est. Nous nous expliquons :

Il est bien vrai que, sur 403 cas de chancres infectants, nous n'en avons constaté que 10 ayant leur siége hors des organes génitaux; mais nous devons ajouter que, pendant ces deux années et demie sur lesquelles porte notre relevé, nous avons observé 9 malades atteints de syphilis constitutionnelle *récente*, chez lesquels il nous a été impossible de constater ou de présumer quel avait été le siége de la lésion d'inoculation. Il est donc permis de penser que quelques-uns de ces 9 cas de syphilis constitutionnelle ont été précédés de chancres situés hors de la sphère génitale, et qu'ainsi le nombre 97 est trop fort en tant qu'exprimant le rapport du chancre infectant génital, chez l'homme, au chancre extragénital. Nous pensons donc que, sur 100 cas de chancre infectant chez l'homme, 95 fois environ, le chancre siége sur les organes génitaux.

Le fait le plus important que nous ayons à signaler dans l'étude du siége du chancre infectant génital, et sur lequel nous appelons toute l'attention du lecteur, est celui de l'énorme proportion des chancres infectants du prépuce. — Sur nos 393 cas de chancres siégeant sur les organes génitaux, 234 appartiennent au prépuce. Ainsi *le chancre du prépuce est à la totalité des chancres des organes génitaux comme* 60 *est à* 100; proportion plutôt au-dessous qu'au-dessus de la réalité, car nous ferons

glando-préputial)	216
Limbe ou orifice du prépuce	10
Frein	35
Gland	20
Méat urinaire	14
Enveloppe cutanée du pénis	36
Scrotum	6
Lèvres	12
Gencive	1
Langue	4
Hypogastre	2
Cuisse	1
Fesse	1
Anus	1
Joue	1
Pouce	1
	361

remarquer que les chancres de la peau du prépuce se trouvent confondus, dans notre tableau, avec les chancres du fourreau de la verge. D'où cette conséquence, sur laquelle nous reviendrons, que *la circoncision diminuerait dans une énorme proportion (trois cinquièmes) le nombre des chancres, c'est-à-dire le nombre des cas de syphilis constitutionnelle chez l'homme.* Et, comme la fréquence du chancre infectant chez la femme, est en raison directe de sa fréquence chez l'homme, il en résulte que si la circoncision était généralisée, la syphilis deviendrait une maladie relativement rare.

Les chancres du méat urinaire figurent, dans notre tableau, par un nombre (33) qui établit que le chancre de l'extrémité de l'urètre n'est pas rare. On remarquera que le chancre infectant de la *cavité* de l'urètre ne figure pas dans notre tableau. Nous n'en avons jamais observé d'exemple, et nous ne croyons pas à l'existence du chancre urétral siégeant au delà des lèvres du méat urinaire.

Ceux de la peau ou du tégument des organes génitaux (fourreau et scrotum) se rencontrent assez fréquemment; le nombre 66, qui les représente, est à 393 (chancres génitaux) comme 16,7 est à 100, proportion beaucoup plus forte que celle qui nous est donnée par les chancres infectants du gland qui sont représentés par le nombre 12 (3 pour 100).

Du chancre infectant génital chez la femme. — Un fait relatif au siége du chancre infectant chez la femme, que nous devons tout d'abord signaler, c'est l'extrême fréquence des cas dans lesquels il est impossible de constater l'existence de l'accident primitif, de la lésion d'inoculation, et cela dans des cas de syphilis constitutionnelle récente. On peut dire, d'ailleurs, qu'autant il est facile chez l'homme, dans un cas de syphilis constitutionnelle récente, de retrouver l'accident primitif, autant cette constatation est difficile chez la femme. Nous sommes si habitués aux mécomptes en ce qui concerne la constatation du chancre infectant chez la femme, que, lorsqu'une femme atteinte d'une syphilis constitutionnelle, même *récente*, se présente à notre examen, nous préjugeons qu'il ne nous sera pas possible de remonter à la source de l'infection, c'est-à-dire de retrouver le chancre primitif, et le plus souvent nos prévisions se réalisent. — Qu'un homme, au contraire, se soumette à notre examen dans les trois ou quatre premiers mois d'une syphilis constitutionnelle, nous l'abordons avec la presque certitude de trouver sur lui la lésion d'inoculation, et, en effet, la détermination du siége du chancre infectant chez l'homme, dans les cas de syphilis constitutionnelle *récente*, est possible plus de 95 fois sur 100. Nous n'oserions dire que chez la femme, sur un nombre donné de syphilis généralisée, ne remontant pas au delà de trois ou quatre mois, nous pourrions préciser le siége du chancre infectant dans un cinquième des cas.

Les causes de cette différence sont multiples. La conformation des organes génitaux, chez la femme, rend plus difficile pour elle la constatation du chancre ; — la femme est infiniment moins vigilante que l'homme relativement aux affections génitales dont elle peut être atteinte ; — elle est moins éclairée que lui en ce qui concerne les notions générales sur les maladies contagieuses des organes génitaux ; — elle réclame moins facilement que l'homme les conseils d'un médecin pour des lésions génitales ; — enfin le chancre infectant des organes génitaux, chez la femme, parcourt plus rapidement ses périodes, et s'indure moins que chez l'homme.

Les conditions favorables dans lesquelles nous sommes placé pour observer le chancre chez la femme, nous ont permis d'en constater un assez grand nombre. Nous devons à l'obligeance de M. Bureaux, notre interne actuel à Saint-Lazare, le relevé suivant :

Du 1er janvier 1861 au 25 septembre 1865, 3,392 malades ont été admises dans notre service pour des affections diverses, réputées contagieuses. — Pendant cette période de temps 126 cas de chancres infectants ont été consignés sur le registre du service, et leur siége noté 113 fois, ainsi qu'il suit :

Grandes lèvres.	25
Petites lèvres..	29
Fourchette.	16
Col utérin.	1
Méat urinaire.	2
Vestibule..	2
Périnée..	4
Anus et région anale.	7
Cuisses ; pli génito-crural et pli de l'aine.	6
Fesses.	2
Lèvres.	7
Langue.	1
Base de la luette.	1
Bouche (sans autre désignation).	4
Nez.	3
Front.	2
Cou (partie latérale gauche).	1
	113

Chez la femme, de même que chez l'homme, ce sont les points des organes génitaux les plus exposés aux excoriations, au dépôt et au séjour du virus syphilitique, qui sont le siége ordinaire du chancre infectant.

L'absence du chancre infectant du vagin, dans notre relevé, mérite d'être remarquée, surtout si nous ajoutons que nous n'avons pas encore observé un seul cas de chancre *infectant* de cette région. Nous n'en concluons pas que la muqueuse vaginale n'est jamais le siége de la lésion d'inoculation; nous disons seulement que ce cas est rare ou *paraît* tel; rareté qu'il faut attribuer au peu de fréquence des excoriations de la muqueuse vaginale et, il faut bien le dire, à la difficulté qu'il y a toujours, suivant nous, de bien explorer le vagin.

Le chancre infectant du col utérin ne figure que pour un cas dans notre relevé; cas que nous avons tout récemment observé, et dans lequel le diagnostic que nous avions porté a été confirmé par l'apparition d'une syphilis papuleuse pendant le traitement du chancre.

Les difficultés que présentent à la vue et au toucher les ulcérations ou les exulcérations du col, rend toujours très-incertain le diagnostic du chancre *infectant* de cette région : nous verrons qu'il n'en est pas de même du chancroïde du vagin et du col de l'utérus.

Du chancre infectant extragénital, chez l'homme et chez la femme. — L'existence de l'ulcère syphilitique primitif sur des parties éloignées des organes génitaux est admise par tous les syphiliographes. « Ce ne sont pas les organes de la génération seuls, dit Swediaur, qui sont sujets aux ulcères syphilitiques primitifs. Toute autre partie du corps peut devenir le siége de ces ulcères, quand cette partie a été exposée au contact immédiat d'un ulcère syphilitique ou de la matière imprégnée de ce virus. » (*Ouv. cité*, t. I, p. 362.)

Nous avons dit que, chez l'homme, le chancre infectant *extragénital* pouvait être constaté environ 5 fois sur 100 cas de chancres. Les données numériques nous manquent pour établir si cette proportion est la même chez la femme. Mais il n'est pas besoin d'entrer dans des détails d'une obscénité inutile pour affirmer que le chancre extragénital est plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Parmi les chancres situés hors de la région génitale, chez les deux sexes, nous signalerons tout d'abord le chancre infectant des *lèvres* et de la *cavité buccale.*

Chancre infectant labial. — Occupant presque toujours, d'après nos observations, le bord libre des lèvres ; plus fréquent sur la lèvre inférieure que sur la supérieure (1), ce chancre est celui qui est le plus souvent constaté parmi les chancres extragénitaux, chez l'homme et chez la femme. Il est si peu rare que, depuis notre internat à l'hôpital du Midi (1844) jusqu'à ce jour, nous en avons observé plus de 30 cas (2).

(1) Remarque déjà faite par MM. Ph. Boyer et Baumès.

(2) Notre honorable confrère le docteur Ch. Loiseau nous a adressé ces jours-ci (30 sept.

Cette fréquence du chancre infectant labial mérite de fixer notre attention.

Les aveux des malades atteints de chancres des lèvres nous apprennent assez quel est le mode de contagion qui leur donne naissance dans le plus grand nombre de cas. Mais il ne faudrait pas rapporter tous les chancres labiaux au contact des lèvres avec les organes génitaux. Il est des malades qui ont des chancres des lèvres et les doivent à d'autres modes de contagion, à la contagion médiate par exemple. Nous avons dit que Richerand avait connu un marchand qui avait contracté la syphilis pour avoir mis entre ses lèvres une plume que l'un de ses commis tenait habituellement à la bouche, et nous avons rapporté le cas d'un jeune paysan (p. 19) qui contracta une affection ulcéreuse de la lèvre, suivie plus tard d'infection constitutionnelle, pour avoir bu dans un verre après un soldat « atteint d'une maladie aux lèvres. » La maladie se propagea parmi un assez grand nombre d'adultes et d'enfants de son village (Chavanne), et les habitants furent persuadés que cette *maladie, qui commençait presque toujours par les lèvres*, se transmettait par l'intermédiaire des objets destinés aux usages domestiques (verres, tasses, cuillers, etc.), dont ils se servaient souvent l'un après l'autre et sans précaution.—M. Rollet, qui a appelé d'une manière toute particulière l'attention des médecins sur la fréquence du chancre infectant labial, en a cité plusieurs cas chez les ouvriers verriers, dus à l'usage qu'ils font en commun du long tube en fer appelé *canne*, qui leur sert à souffler le verre ; faits sur lesquels nous reviendrons à propos de la syphilis transmise par les accidents secondaires.

Chancre infectant de la langue. — Rare, et pouvant être simulé par les affections ulcéreuses constitutionnelles de cet organe (papules muqueuses, gommes ulcérées). Deux cas constatés par nous : l'un chez un des malades de notre dispensaire atteint d'un chancre labial (1850) ; l'autre chez une femme publique. — Dans ces deux cas, le chancre siégeait à la pointe de la langue.

Gencives. — Un cas rapporté par M. Mac Carthy, un autre par M. Bassereau. Nous en avons observé un cas sur une femme dont le mari était atteint d'accidents secondaires buccaux.

Muqueuse du plancher de la bouche et des joues. — Nous ne connaissons pas d'exemples de chancre de ces régions.

1865) un jeune homme atteint de *trois chancres indurés* de la lèvre inférieure : l'un, situé vers le milieu du bord libre de la lèvre, présente une induration considérable; — Un autre, de l'étendue d'une pièce d'un franc, siége sur la peau de la lèvre, à un centimètre de la commissure gauche ; il est peu induré (chancre cutané) et a l'aspect ectymateux ; — Le troisième occupe la face interne de la lèvre, il a la forme régulière et l'étendue d'une lentille, rappelant à s'y méprendre le chancre infectant des petites lèvres génitales. — L'affection remonte à trois semaines. Cas remarquable, très-vraisemblablement unique dans la science, d'un même malade atteint de chancres infectants *multiples* de la lèvre.

Amygdales, voile du palais, piliers et pharynx. — Les affections syphilitiques de ces régions appartiennent surtout aux formes constitutionnelles. Nous n'avons observé qu'un seul cas de chancre primitif de l'amygdale, et un autre de la base de la luette (1).

Les parties voisines de la bouche peuvent être le siége de chancres infectants. Nous en avons observé deux cas dans le sillon mento-labial et tout récemment un autre à la pointe du menton, du côté droit. M. Mac Carthy a cité 2 cas de chancres du menton, et M. M. Robert, 6 cas observés à l'hôpital du Midi pendant l'année de son internat (2).

D'autres parties de la face et de la tête peuvent être le siége de chancres infectants.

OEil et paupières. — L'ulcère syphilitique primitif des paupières nous semble avoir été signalé pour la première fois par W. Lawrence dans les termes suivants : « Les paupières sont le siége d'ulcérations syphilitiques qui, je crois, n'ont point été décrites, *quoiqu'elles soient assez communes.* On voit ces ulcérations commencer au bord libre des paupières, et détruire, par leurs progrès, la peau, la conjonctive et les cartilages tarses. D'autres fois ces ulcères commencent par la conjonctive ; quel que soit le point d'origine, la paupière est toujours disposée à se désorganiser, si l'on n'arrête promptement les progrès du mal, etc. (3). »

Ces désorganisations de la paupière dont parle Lawrence n'arrivent que dans les cas de chancres infectants ulcérés : les érosions chancreuses ne donnent pas lieu à cette destruction des tissus affectés, mais seulement à des infiltrations fibro-plastiques circonscrites ou diffuses (indurations).

Le chancre infectant des paupières peut siéger sur la face cutanée ou sur la face muqueuse de ces voiles membraneux.

Nous avons observé un seul cas de chancre infectant de la peau de la paupière inférieure, chez un jeune homme atteint en même temps d'un chancre infectant du pénis. — Ce chancre cutané palpébral siégeait à la base de la paupière inférieure de l'œil gauche, dans le sillon palpébro-jugal. Il était induré type, et présentait l'aspect de ces lésions singulières de la peau décrites sous le nom de kéloïdes (4). M. Mel. Robert en a observé

(1) M. le docteur Tardieu, dans son *Étude sur les attentats aux mœurs* (Paris, 1858), nous apprend qu'il est une *variété* de pédérastes dont les habitudes infâmes doivent particulièrement les exposer aux affections syphylitiques primitives de la bouche, ceux *qui labia et oscula obscenis blanditiis præbent.* » (Page 123.)

(2) *Traité des maladies vénériennes*, 1853, p. 192. — Bien que nous n'ignorions pas la bizarrerie des *séries* dans les faits pathologiques, il nous est difficile de ne pas croire à quelque erreur de diagnostic dans l'appréciation de ces six cas de chancres du menton qui auraient été observés pendant le cours d'une année.

(3) *Traité pratique sur les maladies des yeux*, trad. de Billard (d'Angers). Paris. 1830, p. 270.

(4) M. Ricord a cité un cas de chancre induré de la paupière inférieure, au grand angle de

un exemple « à la commissure externe de l'œil. » (*Ouvr. cité*, p. 196.)

Le chancre infectant du bord libre de la paupière, de la muqueuse palpébrale et oculaire n'est pas très-rare ; nous en avons observé *huit* cas et nous en trouvons d'autres exemples consignés dans les traités d'ophthalmologie (1).

Dans aucun des cas de chancre infectant de l'œil que nous avons observés, les malades n'ont pu se rendre compte du mode de contagion qui avait précédé ces chancres; mais nous trouvons dans deux observations des renseignements précis sur ce point. Dans l'une de ces observations, celle qui appartient à M. Ricord, et que nous venons de citer, le malade rapporta « qu'étant couché avec une femme, et après certains attouchements, il fut pris d'une vive démangeaison à l'œil, où il porta la main et qu'il frotta pendant un temps assez long. » (*Loc. cit.*) Dans une observation de chancre de la paupière chez un jeune médecin, rapportée par M. Desmarres, « il fut impossible de rattacher l'apparition de cette maladie à aucune autre circonstance qu'à celle-ci : cautérisant, quelques jours auparavant, à l'arrière-bouche, un individu atteint de syphilis, ce jeune médecin avait reçu au visage une certaine quantité de salive que lui avait lancée le malade dans un brusque effort de vomissement (2). »

Le chancre infectant a été observé plusieurs fois sur les joues. M. Ricord cite dans ses *Lettres* le cas d'un élève en médecine atteint « d'un chancre induré des mieux caractérisés, siégeant sur la joue gauche, et caché dans une touffe de favoris très-épais. » (P. 48.) Nous trouvons dans la thèse de M. Ladoire-Yver une curieuse observation de chancre *de la joue :* « Un officier en garnison à Paris contracta la vérole par un chancre infectant de la joue communiqué de la manière suivante. Le barbier du régiment l'avait coupé en le rasant, et comme c'est l'habitude dans cette profession, il avait tâché de remédier à sa maladresse en pressant fortement avec le doigt la plaie qu'il avait ouverte. Quelques jours après un chancre induré s'était déclaré. Le barbier, examiné, présenta un chancre de même espèce que celui de l'officier (3). »

Parmi les chancres infectants de la tête, nous mentionnerons encore un cas de chancre du *sourcil* gauche, et un chancre du *sinciput*, cités par M. Ricord (*Lettres*, p. 48) ; un chancre de la *pommette* (M. Marey), du *sillon naso-labial* (A. Fournier), de la *narine* (Mac Carthy), et deux cas de chancres *du front*, dont l'un a été vu par M. Mel. Robert, et l'autre par

l'œil, qui avait aussi l'aspect d'une tumeur, « tumeur dure, rénitente, élastique, à surface rouge, granulée, et en voie de cicatrisation. » (*Lettres*, 1re édit., p. 47.)

(1) Parmi les huit malades atteints de chancres indurés des paupières observés par nous, trois nous avaient été adressés par notre confrère et ami le docteur Desmarres; un autre par son fils Alphonse; un dernier par le docteur Dardel, d'Aix-les-Bains.

(2) *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, 2e édit., t. I, p. 621.

(3) *Considérations générales sur la syphilis*, Paris, 1854, p. 16.

M. Caby (1). Enfin, nous citerons un cas de chancre infectant *de la cloison des fosses nasales* observé par nous il y a deux ans.

La fréquence du chancre infectant de la région *céphalique* contraste singulièrement, nous le verrons, avec l'extrême rareté du chancroïde de cette même région. Mais nous aurons la même rareté à signaler pour les chancroïdes de la peau et pour ceux du méat urinaire. A la région de l'anus, au contraire, nous constaterons la fréquence du chancroïde et la rareté du chancre infectant. Nous aurons ainsi l'occasion de faire connaître le peu de valeur de cette particularité clinique de la fréquence du chancre infectant de la tête, au point de vue théorique ou doctrinal.

Anus et voisinage. — La fréquence du chancre infectant génital chez l'homme, et ce que l'on sait des habitudes de certains individus dans leurs relations sexuelles, nous permettrait d'affirmer *à priori* que le chancre infectant de l'anus ne doit pas être rare chez les femmes, chez les prostituées surtout, et parmi les pédérastes. Et cependant les observations de *chancres infectants* de cette région sont si peu nombreuses, que nous pourrions à peine en réunir quelques-unes. On a pu remarquer qu'il n'en figure pas un seul exemple dans les 403 cas de chancres, chez l'homme, dont nous avons donné le tableau, et M. Bassereau n'en rapporte qu'un seul cas. — Faut-il conclure, de cette pénurie dans les faits *constatés*, à la rareté du chancre infectant de l'anus? Nullement, et voici pourquoi. — Le chancre infectant, quel que soit son siége, dans la très-grande majorité des cas, n'est pas une affection grave, ni une affection douloureuse. Les malades atteints d'un chancre infectant de la région de l'anus ont de très-bonnes raisons pour ne pas consulter un médecin sur une affection dont le siége est si compromettant pour leur moralité; affection qui d'ailleurs ne nécessite pas des soins impérieux, et, considération importante, qui guérit vite et facilement. Qu'il s'agisse, au contraire, de *chancroïdes* de cette même région : la multiplicité de l'affection, sa longue durée, la difficulté de la guérison, la fréquence des adénites phlegmoneuses concomitantes, obligent en quelque sorte les malades qui en sont atteints de se soumettre aux soins d'un homme de l'art. D'où nous concluons que le chancre infectant de la région de l'anus ne *paraît* rare que parce qu'il échappe au contrôle et à l'observation du médecin. — La fréquence du chancroïde de l'anus n'est-elle pas une preuve indirecte de la justesse de notre interprétation relativement à la rareté apparente du chancre infectant de cette même région?

Ces remarques sur le chancre infectant de l'anus sont applicables aux

(1) Dans notre relevé des chancres infectants observés à Saint-Lazare, nous avons noté deux chancres du front, et un chancre du cou.

chancres de la peau de la région anale, et surtout à ceux de la cavité de l'intestin rectum, chancres qui sont probablement beaucoup plus rares que ceux de l'orifice anal, par les mêmes raisons que le chancre du vagin est plus rare que celui de l'anneau vulvaire. — Nous ne connaissons qu'un exemple de chancre du rectum. Le voici :

« Un malade entra, en 1852, dans le service de M. Ricord : c'était un jeune homme paraissant bien élevé; il était atteint de roséole syphilitique. En vain cherchait-on le point de départ obligé de la syphilis, c'est-à-dire le chancre; rien ne venait en aide à l'observateur. Les organes génitaux, inspectés avec minutie, n'avaient fourni aucun renseignement; toutes les parties du corps avaient été examinées à plusieurs reprises, et toujours avec absence de chancre induré, lorsque enfin le malade, pressé de questions, finit, non de vive voix, mais dans une lettre assez pittoresque, par avouer que, dans un état d'ivresse, il avait succombé aux désirs infâmes d'un malhonnête homme. Le siége, examiné attentivement, fit découvrir assez profondément dans l'anus un magnifique chancre induré (1). »

La *peau du tronc et des membres* peut être le siége de chancres infectants. Nous en avons observé plusieurs sur la région du pubis, chez l'homme, et un sur la poitrine (région du grand pectoral); deux autres à la partie interne des cuisses, dont l'un chez une femme; chancre qui lui avait été communiqué par un de nos malades portant un chancre infectant du pénis.

Le chancre infectant *des doigts* est plus rare que le chancroïde de ces régions. Nous n'en avons observé qu'un seul cas chez un jeune homme que la peur de la syphilis avait détourné des rapports sexuels. On sait que plusieurs médecins ont contracté la syphilis par des inoculations accidentelles des doigts.

Le *sein*, chez la femme, chez les nourrices surtout, peut être le siége de chancres infectants. La partie de la mamelle le plus souvent affectée de chancres est l'aréole. Nous aurons à parler longuement de ces chancres du sein à propos de la transmission de la syphilis des nourrissons à leurs nourrices.

Ce que nous venons de dire du chancre infectant *extragénital*, chez l'homme et chez la femme, suffit pour démontrer la vérité de l'assertion de Swediaur, que *« toute partie du corps exposée au contact du virus syphilitique peut devenir le siége d'un ulcère primitif. »*

Mais ce que l'on n'a pas assez remarqué, relativement aux chancres infectants dont le siége est insolite, c'est que le plus souvent la découverte de ces chancres est due aux manifestations constitutionnelles qui surviennent, et sans lesquelles (le chancre labial excepté) l'existence de ces chancres n'eût pas été soupçonnée. En effet, lorsqu'un malade est atteint

(1) Ladoire-Yver, *Thèse citée*, p. 16.

d'une syphilis constitutionnelle récente, il ne manque guère de s'en apercevoir, et il réclame les soins d'un médecin. La nature de l'affection étant reconnue, celui-ci porte son attention sur les organes génitaux, et s'il les trouve sains, si les régions inguinales ne sont le siége d'aucun engorgement des ganglions lymphatiques, il en conclut, avec raison, que la lésion d'inoculation, que le chancre infectant, chez ce malade, n'a pas siégé sur les organes génitaux : il est ainsi conduit à le rechercher sur d'autres points du tégument, sur d'autres régions du corps. — Il nous serait facile de fournir des preuves à l'appui de cette remarque en citant quelques-unes de nos observations.

Influence du siége du chancre sur sa forme, sa durée, etc.

Il importe de savoir que le siége du chancre infectant exerce une grande influence sur sa forme, sur le plus ou moins d'induration de sa base, sur sa durée, et même, suivant quelques auteurs, sur les accidents généraux qui se manifestent après sa guérison. Ainsi, pour nous occuper tout de suite de ce dernier point, Boerhaave considérait les chancres des lèvres comme étant plus graves que ceux des autres régions : « L'expérience a appris qu'un ulcère dans les lèvres est plus dangereux que dans toute autre partie du corps (1). » — Nous avons entendu quelques médecins émettre l'opinion que les chancres des doigts étaient toujours suivis de véroles constitutionnelles graves. — Nos observations et nos lectures nous confirment dans l'opinion que le siége du chancre infectant n'a aucune influence sur la gravité ou la bénignité de la syphilis constitutionnelle. Si les conditions dans lesquelles se produit le chancre infectant peuvent donner lieu à des variations dans l'intensité de ses effets ultérieurs, ce qui est possible, nous ne pensons pas que le siége de l'ulcération soit pour quelque chose dans ces variations. Mais nous ne savons pas si le *mode d'inoculation*, si la manière dont le chancre a été contracté influe ou n'influe pas sur la gravité de l'infection constitutionnelle. Il se pourrait que le virus syphilitique mis en rapport avec la peau privée de son épiderme, comme cela arrive dans les inoculations artificielles ou dans les inoculations accidentelles consécutives à des écorchures et surtout à des plaies, donnât lieu à des effets différents de ceux qui se produisent lorsqu'il y a simple dépôt de ce même virus sur des muqueuses encore protégées par leur épiderme. Nous ne savons pas non plus si l'absorption du virus peut avoir lieu et par les veines et par les lymphatiques, et si cette double voie de pénétration de l'agent virulent dans notre économie exerce une influence sur la forme ou la gravité de la

(1) *Traité des maladies vénériennes*, par H. Boerhaave, trad. anonyme. Paris, 1753, p. 16.

syphilis généralisée. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas confondre ces deux choses : l'influence du siége du chancre sur la syphilis constitutionnelle, avec l'influence possible exercée par le mode de contagion qui a précédé le chancre.

Nous sommes bien éloigné, on le voit, de l'opinion des médecins qui, dans ces dernières années, ont trouvé un argument inattendu contre la *théorie dualiste*, dans la fréquence relative du chancre infectant de la tête et du chancroïde de cette même région. Les partisans de l'*unicité* ou de l'identité de ces deux affections (chancre et chancroïde) ont dit : Puisque *tous* les chancres *céphaliques* sont des chancres infectants, et qu'il est invraisemblable de supposer que les malades ne s'exposent pas à la contagion *céphalique* du chancroïde, il faut bien en conclure que le siége du chancre exerce une influence décisive sur ses effets ultérieurs, et qu'ainsi la cause du chancre infectant est la même que celle du chancre non infectant.

La réfutation de l'interprétation donnée au *fait* de la fréquence du chancre infectant céphalique ne doit pas nous occuper ici : elle trouvera sa place dans l'histoire du chancre simple, où nous démontrerons, par les faits cliniques et par l'inoculation expérimentale, que la région céphalique, pas plus que toute autre région de l'économie, n'a la propriété de changer l'espèce ou la variété d'un chancre, c'est-à-dire de transformer, par exemple, un chancroïde en un chancre infectant. — Ainsi, et pour nous résumer sur ce premier point, nous dirons : *Les effets ultérieurs d'un chancre (action exclusivement locale ou générale) n'ont aucun rapport avec le siége de cette affection.*

Mais il n'en est pas de même relativement à la *forme* ou à l'*aspect* du chancre infectant : il faudrait n'avoir observé qu'un nombre bien restreint de malades pour méconnaître l'influence du siége du chancre sur les symptômes de cette affection.

Nous avons déjà parlé de cette influence sur l'induration ; nous avons dit que les chancres infectants qui siégent sur la peau s'indurent moins fréquemment que ceux situés sur les membranes muqueuses. Mais il est une particularité relative à ces chancres infectants cutanés qui doit être mentionnée. — Ces chancres sont fréquemment recouverts d'une *croûte*, et présentent parfois l'aspect des affections pustuleuses de la peau, et particulièrement de l'*ecthyma*. Cette forme pustuleuse du chancre, plus rare d'ailleurs dans le chancre infectant que dans le chancroïde, a été bien décrite par un ancien interne de l'hôpital du Midi, M. H. Pailloux. Nous lisons dans sa dissertation inaugurale (1) : « Cette affection (l'*ecthyma*) n'est pas rare comme symptôme *primitif ;* elle est à la peau ce

(1) *Propositions sur la syphilis.* Paris, 1832.

qu'est le chancre folliculaire aux muqueuses. On la rencontre assez fréquemment sur le corps de la verge et vers la racine de cet organe, au pubis, à la partie supérieure des cuisses chez les femmes. » — M. Ricord a conservé cette dénomination d'*ecthyma primitif* pour désigner les chancres de la peau recouverts d'une croûte. Nous n'hésitons pas à dire que ce mot *ecthyma*, appliqué au chancre primitif, doit être rejeté et oublié, car il introduit dans le langage une confusion fâcheuse, confusion dont il a été tiré parti, nous le verrons, dans les discussions relatives à la transmission des accidents secondaires. — Le mot *ecthyma* (ἐκθύειν, faire éruption) étant consacré pour désigner des affections de la peau qui se manifestent sous l'influence d'une cause générale, et servant en syphiliologie à désigner une des *formes de la syphilide pustuleuse*, il ne convient pas de le détourner de cette acception.

D'autres fois le chancre infectant *se moule* en quelque sorte sur les parties où il siége. Tels sont les chancres de l'orifice anal, qui ont souvent l'aspect d'une fissure; ceux du frein du prépuce, qui se présentent parfois sous l'aspect d'une érosion ayant la forme étroite et allongée de ce repli muqueux, etc. — Lorsque le chancre infectant se développe sur une région où aucune disposition anatomique particulière ne modifie sa forme, il affecte généralement la forme circulaire.

Le chancre infectant pouvant être considéré comme une *espèce* d'ulcère, on comprend que son siége ait une influence réelle sur sa durée, sur ses complications, etc., car il est, on le sait, des conditions anatomiques qui entravent ou favorisent la guérison de toute espèce de solution de continuité de la peau ou des membranes muqueuses. Il nous paraît inutile d'insister sur ce point.

Nous n'avons parlé, jusqu'à présent, que du *siége régional* du chancre infectant. Disons quelques mots de son *siége anatomique*.

Dans quels éléments de la peau ou des membranes muqueuses se développe le chancre infectant?

Astruc pensait que le chancre primitif avait toujours pour siége les glandes mucipares des membranes muqueuses, et à l'appui de son opinion, il faisait remarquer que les régions les plus abondamment pourvue de ces « *vaisseaux* sécrétoires » étaient celles où l'on observait le plus souvent le chancre; il allait même jusqu'à considérer comme n'existant pas les chancres de la peau : « Dans les hommes, comme nous l'avons remarqué, les chancres attaquent le gland, le frein et le dedans du prépuce, *mais jamais le dehors*, *ni le reste de la peau qui couvre la verge* » (t. III, p. 334) (1). Mais cette opinion d'Astruc sur le siége ana-

(1) L'illustre traducteur d'Astruc, Louis, avait déjà relevé cette erreur (*loc. cit.*).

tomique des chancres de la muqueuse génitale, chez l'homme ou chez la femme, qu'il plaçait dans les glandes mucipares, est-elle soutenable? Nous ne le pensons pas, et, sans pouvoir préciser le siége anatomique du chancre infectant, il nous semble qu'il faut le placer dans les couches les plus superficielles de la peau et des membranes muqueuses, peut-être dans le réseau lymphatique, mais certainement pas dans les éléments glanduleux ou profonds : le début fréquent du chancre infectant, sous la forme d'une excoriation ou d'une érosion superficielle; sa persistance sous cette forme, dans un très-grand nombre de cas; la fréquence des cas dans lesquels il ne laisse pas de cicatrice, excluent en quelque sorte la possibilité, pour le chancre, d'un siége anatomique profond. — Peut-être même ne peut-on pas dire que le chancre infectant occupe tel ou tel élément anatomique de la peau. Le chancre infectant consiste dans une affection spéciale, *sui generis*, comparable au bouton vaccinal, et qu'il ne nous paraît pas possible de localiser dans un seul élément anatomique de la peau ou des membranes muqueuses. En effet, lorsque l'on fixe son attention sur un chancre infectant récent, situé sur une région du corps où l'examen est facile, en se livrant avec attention à cet examen, à l'œil nu d'abord, puis à la loupe, en tendant la muqueuse circonvoisine afin de mieux étaler la surface du chancre, en pressant sa base pour rendre plus saillante sa couche superficielle et lui donner une forme convexe qui favorise son inspection; en un mot, en variant le mode d'exploration, on reste convaincu *qu'il y a, dans le point précis et limité où siége le chancre infectant, comme une modification organique du tégument cutané ou muqueux :* ces tissus sont le siége d'une infiltration de matière fibroïde ou albuminoïde particulière, matière qui n'est pas superposée aux tissus malades, comme on le voit dans les inflammations diphthéritiques, dans les papules muqueuses, etc., mais qui paraît combinée avec eux, et leur donne cet aspect particulier, indescriptible, qui dévoile à un œil exercé le chancre infectant à son début.

§ IX. Du diagnostic du chancre infectant.

Le diagnostic du chancre infectant repose : 1° sur la connaissance exacte de ses symptômes, à ses diverses périodes, de sa marche, de sa durée, de ses complications, etc.; 2° sur la connaissance des autres affections qui par leur siége et leurs symptômes peuvent être confondues avec lui. — Ces éléments du diagnostic du chancre infectant sont ceux communs à toutes les maladies.

Mais il est une circonstance particulière aux maladies contagieuses, qui constitue comme un élément complémentaire dans leur diagnostic : nous voulons parler de leur *propriété de contagion.* — Aucun médecin

n'ignore que le chancre infectant est contagieux, c'est-à-dire que son produit de sécrétion inoculé accidentellement ou artificiellement à un individu sain (dans de certaines conditions dont nous allons bientôt parler) lui communique la syphilis. — Étudions donc d'abord en quoi la connaissance de cette propriété de contagion du chancre infectant peut être utilisée dans le diagnostic de cette affection.

La contagion du chancre a lieu *par inoculation accidentelle* et *par inoculation artificielle*. — Ce dernier mode de transmission du chancre étant le plus simple et le plus facile à étudier, c'est par lui que nous aborderons cette étude de la contagion du chancre appliquée à son diagnostic.

De l'inoculation artificielle ou expérimentale appliquée au diagnostic du chancre infectant.

A John Hunter revient l'honneur d'avoir dit et d'avoir démontré que le produit de secrétion du chancre peut être inoculé artificiellement, comme on inocule le virus varioleux.

Après avoir fourni les preuves expérimentales de la transmission artificielle du chancre, Hunter voulut savoir si les produits de sécrétion des affections syphilitiques constitutionnelles jouissaient, comme le chancre, de la propriété de contagion ou de transmission artificielle, et il inocula le pus de certaines affections consécutives de la peau (pustules, ulcères). Les résultats qu'il obtint furent toujours négatifs, et il en conclut qu'il existait une différence fondamentale entre le chancre et les accidents consécutifs, *le chancre étant seul contagieux et inoculable.* Voici la relation, donnée par Hunter lui-même, de l'une de ses mémorables expériences.

« Un jeune homme avait été affecté longtemps de la maladie vénérienne et avait salivé plusieurs fois; cependant la maladie éclata de nouveau. Il entra à l'hôpital Saint-George, présentant un grand nombre d'ulcères syphilitiques constitutionnels. Avant de le soumettre à un traitement mercuriel, je fis l'expérience suivante : Je recueillis un peu de pus de l'un des ulcères sur la pointe d'une lancette, et je fis sur la région dorsale, dans un endroit où la peau était lisse et saine, trois petites plaies assez profondes pour qu'il sortît un peu de sang; ensuite, avec une lancette propre, je fis une quatrième plaie semblable aux trois premières. Ces quatre plaies occupaient les quatre angles d'une surface carrée. Elles guérirent toutes également, et il ne resta de traces d'aucune d'elles.

» *Cette expérience, que j'ai répétée plus d'une fois et toujours avec le même résultat*, démontre qu'un sujet atteint de la syphilis constitutionnelle ne peut être affecté localement par le pus qui provient des ulcères produits par cette maladie. »

» Mais voulant savoir, continue Hunter, si *le pus vénérien primitif* peut produire des chancres sur un sujet syphilitique, je fis l'expérience suivante :

»Un homme qui avait des *taches* (*pustules*) vénériennes *ulcérées* (1) sur plusieurs parties du corps fut inoculé sur les parties saines de la peau avec du pus d'un chancre et avec du pus provenant de ses propres ulcères. Les plaies où l'on avait introduit du pus fourni par un chancre devinrent des chancres, mais les autres se guérirent. Voilà donc une constitution syphilitique qui a pu être affectée localement par du pus vénérien récent. J'ai répété également cette expérience plusieurs fois, et toujours avec le même résultat. » (*Ouv. cité*, trad. de Richelot, 2e édit., p. 568.)

D'où Hunter avait conclu, nous le repétons, que le chancre est contagieux et *inoculable*, et que les produits de sécrétion des accidents constitutionnels ne sont ni contagieux ni inoculables.

C'était, on le voit, faire intervenir l'inoculation expérimentale dans le diagnostic différentiel du chancre et des lésions syphilitiques constitutionnelles. Mais, chose remarquable ! Hunter ne se laissa pas entraîner à appliquer au diagnostic du chancre en général, les résultats fournis par l'inoculation. Aucune phrase, aucun mot de son chapitre sur le chancre ne se rapporte à ce diagnostic, basé sur l'inoculation artificielle. Admirable pénétration de son génie, sans doute, qui lui fit juger que la pointe d'une lancette était, comme on l'a dit (M. Cazenave, je crois) une base trop fragile pour la faire servir au diagnostic du chancre.

Un demi-siècle après Hunter, M. Ricord concluait de ses nombreuses expériences que le diagnostic du chancre reposait sur l'inoculation expérimentale ou artificielle, c'est-à-dire soutenait que l'inoculation fournissait seule le signe pathognomonique ou univoque de l'ulcère syphilitique primitif, et remarquons-le bien, du chancre suivi d'accidents constitutionnels aussi bien que du chancre local :

« Ce n'est, à la rigueur, ni parce qu'il a été contracté dans un coït suspect, ni à cause de son siége, ni par le plus ou moins d'induration de sa base, ni par la couleur, la consistance du fond, la coupe, le décollement, les callosités des bords et la teinte plus ou moins foncée de la marge, qu'on reconnaît d'une manière absolue et de prime abord, dans tous les cas, le chancre; mais bien par le pus qu'il sécrète et l'empoisonnement auquel il peut donner lieu, toutes ces conditions pouvant varier, la sécrétion seule restant identique, ainsi que ses effets généraux consécutifs. » (*Traité prat.*, p. 91.) — « J'ai dit, et je dis encore, malgré les opinions contraires, que le seul caractère positif, univoque, pathognomonique du chancre, à la période de progrès ou de *statu quo* spécifique, *se trouve dans le pus qu'il sécrète*, et qui peut être inoculé, d'où je con-

(1) M. Richelot, dans cette observation et dans d'autres passages de Hunter, met souvent le mot *tache* au lieu de celui de *pustule*, employé par Audiberti dans sa traduction (1787), p. 309. — Nous n'hésitons pas à penser que le mot *pustule* est le mot vrai, c'est-à-dire celui employé par Hunter, car dans toutes ces observations il s'agit d'ulcérations, de sécrétion et de pus, toutes choses que ne peuvent produire des *taches*.

clus que l'*inoculation donne le signe le plus certain de la spécificité de l'ulcère.* » (*Lettres*, p. 165.)

A cette première proposition, que la reproduction d'un ulcère par inoculation artificielle est le signe diagnostique par excellence du chancre, M. Ricord ajoute celle-ci :

« L'inoculation n'échoue jamais quand on prend le pus dans les conditions voulues et qu'on l'applique bien. Le pus pris d'une pustule d'inoculation reproduit un chancre de la même manière, et ainsi de suite d'une pustule à l'autre, sans qu'il soit possible de limiter d'autre terme que celui d'une mauvaise expérimentation. » (*Traité*. etc., p. 91.)

Ainsi, Hunter avait dit implicitement que l'inoculation permettait de distinguer cliniquement le chancre primitif des lésions consécutives de la syphilis. — M. Ricord, plus absolu que son illustre devancier, soutient que l'inoculation expérimentale permet seule d'affirmer *rigoureusement*, c'est-à-dire *scientifiquement*, l'existence d'un chancre, dans un cas donné.

Précisons par un exemple l'importance accordée à l'inoculation expérimentale dans le diagnostic du chancre :

Un homme a eu des rapports sexuels suspects. — Il est atteint depuis quinze jours d'une ulcération des organes génitaux : quelle est la nature de cette ulcération ? — L'inoculation va répondre. — Chargez l'extrémité d'une lancette du produit de sécrétion de l'ulcération, et inoculez le malade. — Si l'inoculation est négative, l'ulcération n'est pas un chancre, ou bien ce chancre n'est plus à la période d'inoculation. — Si l'inoculation est positive, le diagnostic est certain, vous avez affaire à un chancre primitif.

Ce critérium du chancre primitif (inoculation positive), accepté d'abord avec quelque hésitation par les syphiliographes, finit par être généralement admis, et l'on peut dire que le diagnostic absolu du chancre basé sur l'inoculation expérimentale était considéré, il y a quelques années, comme un point de doctrine inébranlable : quelques citations nous suffiront pour le prouver.

« La différence capitale entre ces deux espèces d'ulcères (chancre primitif et chancre consécutif) n'est pas dans la forme, l'aspect de l'ulcère, mais bien dans la propriété de la part du chancre primitif de fournir, aussitôt qu'il paraît et pendant un certain temps de sa durée, un pus capable de produire par l'inoculation un chancre plus ou moins semblable, dont le pus jouit lui-même d'une propriété identique, etc. » (Baumès, *ouvr. cit.*, p. 192, 2[e] partie.)

« L'inoculation peut contribuer à éclairer le diagnostic de certains accidents vénériens... Il est quelquefois difficile de bien établir la nature réelle de certaines ulcérations survenues peu de jours après un coït

suspect... Si l'inoculation réussit et produit de vrais chancres, le diagnostic est assuré; et si elle échoue, le doute sur la nature non virulente des ulcérations qui ont fourni le pus se convertit presque en certitude. » (Reynaud, *ouvr. cit.*, p. 24.)

« Nous l'avons assez dit dans notre introduction, pour n'avoir pas besoin de nous étendre ici longuement : *Sans l'inoculation, pas de diagnostic certain du chancre.* En effet, il n'existe pas un seul signe pathognomonique incontestable... *L'inoculation à la lancette donne toujours une réponse certaine :* point de résultat, ulcération simple; chancre, si le chancre se reproduit. » (Maisonneuve et Montanier, *Traité prat. des malad. vénériennes.* Paris, 1853, p. 145.)

« Tout chancre a deux périodes : l'une de spécificité, de progrès; l'autre de neutralisation, de réparation. Le pus sécrété pendant la première est toujours inoculable... Ce caractère est constant, *et a une durée ordinaire de trois ou quatre semaines*, souvent beaucoup plus longue rarement plus courte,.. L'inoculation a seule le pouvoir de nous indiquer si un chancre est à la période de progrès ou à la période de réparation. » (Mel. Robert, *ouvr. cité*, p. 227.)

Nous ferons ici une remarque importante, c'est qu'aucun des syphiliographes qui fondent le diagnostic absolu du chancre sur l'inoculation expérimentale n'a songé à établir de distinction, relativement à l'inoculation, entre le chancre infectant et le chancre local. Ainsi M. Bassereau, qui sépare radicalement le chancre infectant et le chancre simple, considérait encore (1852) l'inoculation comme étant le seul moyen absolu de diagnostiquer ou de reconnaître le chancre infectant. En effet, parlant du siége insolite de quelques chancres infectants, il a écrit ce qui suit : « On se demandera comment j'ai pu acquérir la certitude que des ulcérations du pouce, de la langue, des lèvres, de la cuisse, de l'anus étaient de véritables chancres. Ces doutes seraient mal fondés; car j'ai puisé cette certitude dans les signes diagnostiques de ces ulcérations... Or les signes diagnostiques du chancre se tirent des caractères objectifs..., et enfin des *propriétés contagieuses qu'il possède.* Le dernier de ces caractères, le plus important peut-être, est aussi l'un des plus difficiles à constater. parce qu'il exige la confrontation des deux malades atteints d'ulcérations et infectés l'un par l'autre; *mais on peut suppléer à cette confrontation par l'inoculation du pus de l'ulcère suspect au malade même qui porte cet ulcère...* Nous avons eu recours à ce moyen de diagnostic, dont on a singulièrement exagéré les dangers... Lorsqu'on a tenté l'inoculation pour déterminer la nature d'un ulcère suspect, une active surveillance doit être exercée sur le point inoculé. Dans les cas où un chancre s'y développe, une auréole inflammatoire, etc. (suit la description du

chancre inoculé)... Cette perforation rapide de la peau prouve indubitablement qu'on a transplanté un chancre. On peut d'ailleurs s'en assurer en inoculant le pus de la nouvelle ulcération, etc. » (*Ouvr. cit.*, p. 133 et suiv.)

Si l'autorité des faits ne prévalait pas sur l'autorité des noms, nous serions dans un singulier embarras pour annoncer que *tous* les pathologistes qui ont basé le diagnostic du chancre infectant sur l'inoculation expérimentale sont dans une erreur profonde.

LE CHANCRE INFECTANT, DANS LA TRÈS-GRANDE MAJORITÉ DES CAS, NE S'INOCULE PAS AU MALADE QUI LE PORTE, ET CELA QUELS QUE SOIENT L'AGE OU LA PÉRIODE DU CHANCRE AU MOMENT DE L'INOCULATION.

LE DIAGNOSTIC ABSOLU DU CHANCRE INFECTANT NE PEUT ÊTRE BASÉ SUR L'INOCULATION EXPÉRIMENTALE.

LE RÉSULTAT NÉGATIF D'UNE INOCULATION PRATIQUÉE AVEC LE PUS D'UNE ULCÉRATION DES ORGANES GÉNITAUX, SURVENUE APRÈS UN COÏT SUSPECT, ÉTABLIT UNE PLUS GRANDE PRÉSOMPTION EN FAVEUR DE L'EXISTENCE D'UN CHANCRE INFECTANT, QUE SI L'INOCULATION ÉTAIT SUIVIE D'UN RÉSULTAT POSITIF.

L'importance et la nouveauté de ces propositions méritent de nous arrêter.

Disons d'abord comment nous avons été conduit à la découverte de cette propriété du chancre infectant de ne pas être inoculable au malade qui le porte, et à rectifier ainsi les idées reçues jusqu'à présent sur l'auto-inoculation.

En 1850, étudiant la vaccine à ses véritables sources, c'est-à-dire dans les mémoires de Jenner, dans les beaux *Rapports du comité central de vaccine* de Paris (continués par l'Académie impériale de médecine) et dans les ouvrages classiques de Husson, de Bousquet et de Steinbrenner, nous fûmes vivement frappé des rapports qui nous paraissaient exister entre le chancre simple et la fause vaccine (absence d'incubation, d'induration, d'infection générale, etc.). C'est alors qu'il nous vint à la pensée que le chancre simple avait peut-être la même origine ou le même mode de formation que la vaccinoïde, c'est-à-dire qu'il était peut-être le produit d'une inoculation itérative du virus syphilitique aux individus ayant ou ayant eu la syphilis constitutionnelle.

La vérification de cette idée nous paraissait simple : il fallait en demander les preuves aux faits cliniques et à l'inoculation expérimentale. — Aux faits cliniques, en attendant patiemment qu'ils nous missent en pré-

sence de malades qui, ayant ou ayant eu la syphilis constitutionnelle, contracteraient de nouveaux chancres dans leurs rapports ultérieurs avec des femmes atteintes de chancres indurés, ces nouveaux chancres nous paraissant devoir être des chancres modifiés, des *chancroïdes.* — A l'inoculation expérimentale, en pratiquant la réinoculation d'un chancre induré, 1° sur un malade atteint lui-même de cette affection ; 2° sur un malade ayant ou ayant eu la syphilis constitutionnelle. Mais les malades nous manquaient pour nous livrer à ces recherches : nous ouvrîmes un dispensaire aux syphilitiques des deux sexes (10 février 1851), et ils s'y présentèrent en assez grand nombre pour qu'il nous fût facile de rechercher les preuves cliniques et expérimentales de l'*hypothèse* que nous avions faite sur le mode de formation du chancre simple.

Disons-le tout de suite, les faits cliniques ne nous vinrent pas vite en aide, malgré l'attention toute particulière avec laquelle nous observions les individus déjà atteints de la syphilis constitutionnelle, et qui contractaient de nouveaux chancres.

Quant à l'inoculation expérimentale, voici ce qui arriva :

Abordant ce mode d'investigation avec les idées alors admises sur l'inoculation du virus syphilitique, et avec la résolution bien naturelle de ne rien tenter de compromettant pour la santé de nos malades, nous nous fîmes une règle (dont nous ne nous sommes jamais départi), de ne pratiquer l'inoculation du chancre infectant qu'à ceux des malades atteints d'un chancre infectant, et, pour plus de sûreté, avec le pus de leur chancre (auto-inoculation), ou bien à des malades ayant ou ayant eu la syphilis constitutionnelle (hétéro-inoculation), nous fondant, quant à l'innocuité de ces dernières inoculations, sur l'*unicité* d'infection dans les maladies virulentes.

Nous fîmes donc deux séries d'expériences :

1° Inoculations du chancre infectant sur les malades atteints d'un chancre infectant, et avec le pus de leur chancre ;

2° Inoculations du virus du chancre induré (virus pris sur un malade portant un de ces chancres), sur un malade ayant ou ayant eu la syphilis constitutionnelle.

Pendant le cours des années 1851, 1852 et 1853, dans notre dispensaire, et toujours publiquement, nous ne fîmes qu'un nombre assez restreint d'inoculations; voici pourquoi. Nous ne pratiquions ces inoculations qu'avec une extrême réserve, nous pourrions dire avec timidité, ne nous attendant guère à n'obtenir, dans l'immense majorité des cas, que des inoculations négatives. — En outre, le but que nous nous proposions, l'inoculation itérative du chancre infectant, nous mettait dans la nécessité absolue de faire d'abord le diagnostic du chancre infectant. Or, à cette époque, nous n'avions, pour nous guider dans ce diagnostic, que les signes

alors connus, c'est-à-dire l'induration du chancre et les adénites concomitantes, signes qui n'ont d'importance que lorsqu'ils sont bien caractérisés, c'est-à-dire à une époque assez éloignée du début du chancre. Ce diagnostic établi, nous faisions une auto-inoculation expérimentale, et comme nos inoculations étaient négatives, nous pensions que ce résultat dépendait de l'époque un peu tardive à laquelle nous pratiquions ces inoculations. Comme on le disait alors, nous pensions que le chancre auquel nous empruntions le pus, était parvenu à la période de réparation, c'est-à-dire n'était plus inoculable. La même idée nous venait lorsque l'inoculation était pratiquée sur un malade atteint de syphilis constitutionnelle (hétéro-inoculations). Ainsi, en 1854 encore, dans notre *Mémoire sur le chancroïde*, en parlant de deux malades atteints de syphilis généralisée, sur lesquels nous avions inoculé, avec un résultat négatif, le pus de chancres indurés recueilli sur deux malades différents, nous disions : « Est-il arrivé, dans ces deux cas, ce qui se passe dans les revaccinations, qui souvent ne reproduisent ni la vraie ni la fausse vaccine, et restent négatives ; ou bien les chancres indurés auxquels nous empruntions le pus avaient-ils cessé d'être inoculables? C'est ce que nous ne saurions dire. » (P. 20.)

Ces inoculations itératives nous mettaient donc en quelque sorte en demeure d'établir le diagnostic du chancre infectant à une période plus rapprochée de son début. Toute notre attention était concentrée sur ce point, et, pour le dire en passant, c'est particulièrement à cette circonstance que nous devons la connaissance de signes diagnostiques dont nous parlerons bientôt.

Les fréquentes occasions que nous avions à notre dispensaire, et aussi dans notre clientèle, de préciser ce diagnostic à une époque très-rapprochée du début du chancre infectant, nous permirent plus tard (1854 et 1855) de faire quelquefois des inoculations du chancre infectant à une période très-rapprochée de son début, dans les cinq ou six premiers jours, par exemple, et fréquemment avant la fin du deuxième septénaire, c'est-à-dire dans le temps où tous les caractères du chancre annoncent qu'il est inoculable ou contagieux. Or il arriva que les inoculations même pratiquées dans ces conditions furent négatives, d'où nous conclûmes que le résultat négatif de ces inoculations itératives se rattachait à un fait général, commun aux différentes maladies virulentes, celui de l'existence de l'état diathésique ou général, dès les premiers jours de l'apparition de la lésion d'inoculation ou primitive. En d'autres termes, nous conclûmes que ces inoculations étaient négatives, parce que les malades sur lesquels nous les faisions étaient diathésés, c'est-à-dire avaient la syphilis constitutionnelle.

Aussi, dans notre travail qui a pour titre : *Considérations nouvelles sur*

le chancre infectant, publié il y a dix ans (*Union médic.*, oct. 1855), nous disions : « *Lorsqu'un malade porte un chancre infectant depuis peu de jours, si on l'inocule à la lancette, avec le pus de ce chancre, dans la très-grande majorité des cas l'inoculation est négative.* — *Il en est de même lorsque cette inoculation du chancre infectant est pratiquée sur un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle.* » (P. 9.) — « Ce fait général, sinon constant, de la non-réinoculation du chancre infectant au malade qui le porte est un fait considérable ; nous le signalons d'une manière toute particulière à votre attention et à votre examen. (*Société de chirurgie.*) Il est devenu pour nous un nouveau moyen de diagnostic du chancre infectant. Ainsi lorsqu'un chancre est récent et qu'il a tous les caractères assignés à la période d'état, surface grisâtre, aspect pseudo-membraneux ; si, après l'avoir inoculé une première fois, puis une seconde, au malade lui-même, le résultat de cette inoculation est négatif, nous concluons qu'il est infiniment probable que le chancre sera infectant. Il nous arrive même, lorsque, par les signes objectifs, nous pouvons être presque certain que le chancre est un chancre infectant, de dire d'avance à nos élèves que le résultat de l'inoculation que nous pratiquons devant eux sera négatif, et les faits que nous leur avons soumis ne nous ont pas encore démenti. » (P. 12.)

Depuis la publication de ce travail, nous avons pratiqué un très-grand nombre de fois l'auto-inoculation du chancre infectant (inoculation du malade au malade lui-même), et, à part deux ou trois inoculations positives, sur lesquelles nous reviendrons à propos du chancroïde, nous n'avons obtenu que des inoculations négatives.

Ce fait général de la non-réinoculation du chancre infectant au malade qui le porte, est un fait si nouveau, si important, qu'il nous paraît indispensable de rapporter quelques-unes des observations sur lesquelles il repose. Toutes ont été prises par nous, la plupart à notre dispensaire et devant nos élèves. — L'inoculation était pratiquée tantôt à l'aide d'une lancette, tantôt, et le plus souvent, avec une épingle. L'instrument était toujours imprégné ou chargé avec soin, et à plusieurs reprises, de la sanie fournie par le chancre. — Le point sur lequel l'inoculation était faite était gratté et excorié légèrement avec l'instrument, et toujours assez pour produire un peu de sang. Puis la lancette ou l'épingle était de nouveau rechargée sur le chancre et reportée immédiatement sur l'excoriation, c'est-à-dire que nous usions de toutes les précautions employées dans les inoculations, sortes de greffes morbides.

Dans l'exposition des faits qui vont suivre, nous avons dû faire un choix. Depuis 1851, époque de nos premières inoculations, jusqu'à ce jour (octobre 1865), nous avons si souvent pratiqué l'inoculation itéra-

tive du chancre infectant, que ces faits sont très-nombreux. En donner seulement l'énoncé ou le *catalogue* nous semble un *procédé* aussi peu propre à convaincre le lecteur que peu utile à l'avancement de la science. Nous citerons donc avec détail quelques-uns de ces faits, ceux que nous avons recueillis avec le plus de soin.

Afin d'éviter un double emploi, et aussi à cause de l'époque à laquelle les malades ont été observés (février, mars et mai 1854), nous rapporterons d'abord trois faits d'inoculations itératives du chancre infectant pratiquées dans des conditions identiques : au malade lui-même atteint d'un chancre infectant, et, en même temps, à des malades ayant la syphilis constitutionnelle.

Ier Fait. — Le 27 février 1854, se présente à notre dispensaire le nommé L..., âgé de 28 ans, tisseur en châles. Il porte sur le pénis, à la couronne du gland, une exulcération à base dure, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, à peu près circulaire, recouverte d'une pseudo-membrane grisâtre, adhérente. Cette exulcération a débuté il y a 3 semaines, le 8 ou le 10 février, par une très-petite excoriation qui s'est progressivement élargie.

Cette ulcération, qui a tous le caractères du chancre infectant, est accompagnée d'un engorgement ganglionnaire de l'aine droite, engorgement du volume d'un œuf de pigeon, indolent, mobile, sans changement de couleur de la peau qui le recouvre. Pas de lymphite dorsale de la verge.

Il n'existe aucun symptôme, aucune lésion constitutionnels. — Le malade n'a encore été soumis à aucun traitement.

Ce même jour, 27 février, nous appliquons avec soin, et à plusieurs reprises, l'extrémité d'une lancette sur cette ulcération que nous annonçons être un chancre infectant ayant tous les caractères assignés à la période dite d'état ou d'inoculation, et avec cette lancette ainsi chargée nous pratiquons sur la région abdominale du malade, et à la partie supérieure et antérieure de la cuisse du nommé C..., peintre en bâtiments, une inoculation expérimentale. Ce dernier malade est atteint, depuis plusieurs années, de syphilis constitutionnelle, et porte sur la région de la fesse de nombreux tubercules syphilitiques, et sur la clavicule gauche une périostose très-douloureuse.

3 mars. — Les inoculations pratiquées à L... et à C... paraissent devoir être négatives. Aucun phénomène appréciable ne s'est manifesté aux points d'insertion que nous retrouvons difficilement.

Ces deux malades restent soumis à notre observation pendant plusieurs mois. — Les inoculations ont été négatives. Aucun phénomène ne s'est produit dans les points inoculés. Le chancre de L..., celui auquel avait été pris le pus inoculé à C..., s'est progressivement induré ; il a été suivi d'accidents constitutionnels qui ont débuté vers la fin du mois de mars, et pour lesquels il a été traité au dispensaire jusqu'à la fin de juillet, époque de sa guérison.

IIe Fait. — Vers la même époque (mars 1854), un malade atteint d'accidents tertiaires, le nommé M... (syphilide tuberculeuse du ventre, de l'épaule et du cou, et exostoses du tibia) fut inoculé à la partie supérieure et interne de la cuisse avec le pus d'un chancre infectant que portait le nommé X..., ouvrier typographe,

chancre qui fut inoculé en même temps au malade lui-même. — Ce chancre datait de 10 à 12 jours; il siégeait sur la peau de la verge, et avait tous les caractères de la période d'état: aspect pseudo-membraneux, couleur grisâtre, induration manifeste, adénites multiples et indolentes des deux aines. — Cette ulcération du fourreau fut suivie d'une roséole très-confluente, d'angine ulcéreuse, etc., et plus tard (1855 et 1856) d'accidents tertiaires graves.

L'inoculation pratiquée sur M... ne donna aucun résultat. — 15 jours après, nous en pratiquons une seconde sur lui avec le liquide fourni par le chancre d'un autre malade du dispensaire, chancre à sa période de début, peu induré, d'aspect diphthéritique, et qui fut suivie d'accidents constitutionnels. — Cette seconde inoculation fut également négative. — Il en fut de même de l'auto-inoculation pratiquée sur X...

IIIe Fait. — Le 29 mai 1854, sur un jeune homme portant un chancre infectant induré et cicatrisé de la muqueuse préputiale, et atteint de roséole, de papules de la peau et de papules muqueuses, nous inoculons, avec la lancette et sur la partie inférieure de l'abdomen, le pus d'un chancre que portait le nommé D..., ouvrier opticien...

Ce chancre s'est manifesté il y a 15 jours, 5 ou 6 jours après un coït suspect. Il siége sur le reflet préputial, un peu en arrière de la couronne; il est solitaire, malgré les conditions favorables d'inoculation de voisinage, car le prépuce recouvre le gland. Aucun travail de réparation ou de cicatrisation ne s'est encore manifesté sur ce chancre, dont l'aspect particulier, la couleur grisâtre et l'induration de la base nous font penser qu'il s'agit bien d'un chancre infectant. — Il est d'ailleurs accompagné d'engorgements ganglionnaires des aines. — Le pus de ce chancre est inoculé au malade lui-même, sur le fourreau.

Lundi 26 juin. — L'inoculation a été négative chez l'un et chez l'autre malade. Le chancre auquel le pus a été emprunté présente encore les caractères de la période d'état. — L'induration a beaucoup augmenté. — Angine exanthématique, roséole au début chez le malade atteint de ce chancre.

IVe Fait. — 23 février 1855. Sur un malade de notre dispensaire, le nommé G..., serrurier, âgé de 21 ans, nous constatons qu'il existe sur la muqueuse préputiale une exulcération présentant tous les caractères du chancre infectant récent: fausse membrane centrale grisâtre, unie, circonscrite par un liséré rouge, et reposant sur une base dure dont l'épaississement élève l'exulcération au-dessus des parties environnantes. On trouve, en outre, dans la région inguinale gauche, plusieurs ganglions tuméfiés, un peu douloureux, mais sans changement de couleur à la peau.

Cette affection s'est manifestée il y a 15 à 17 jours; elle est rapportée par le malade à un coït suspect exercé avec une femme de bal, le dimanche 27 mars, c'est-à-dire une douzaine de jours avant l'apparition de la lésion dont il s'agit.

Nous diagnostiquons un chancre infectant à la période d'état.

Avec une épingle dont la pointe est soigneusement imprégnée du liquide qui suinte de la surface du chancre, nous pratiquons une inoculation sur le milieu de la face dorsale du pénis.

C'est le 10 août seulement que ce malade nous revient. L'induration du chancre préputial n'a pas encore complétement disparu. Il existe des papules muqueuses sur le scrotum, les lèvres, l'isthme du gosier, et de nombreuses macules sur les régions pectorale et abdominale, macules laissées par une roséole qui s'est mani-

festée environ un mois et demi après le début du chancre. — Le malade nous rappelle l'inoculation pratiquée sur lui au mois de février, inoculation qui a été négative.

V[e] FAIT. — Le vendredi 3 août 1855, vient à notre dispensaire le nommé Mig... Il porte sur le gland, près de la couronne, une induration de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, un peu saillante, recouverte d'un produit plastique très-adhérent, lésion que ce malade fait remonter à une douzaine de jours, et qu'il attribue à des rapports sexuels datant de trois semaines. Chaque région inguinale est le siége d'engorgements ganglionnaires multiples, mobiles et indolents.

Nous faisons écrire au diagnostic chancre infectant solitaire à la période d'état, et nous pratiquons avec la lancette une inoculation à la partie supérieure et interne de la cuisse. — Traitement expectant.

Le lundi 13 août, nous constatons que l'inoculation n'a rien produit. — Le chancre du pénis est un peu ulcéré. L'induration s'est étendue à une partie du gland. Cependant la couleur et l'aspect de l'ulcération nous font penser qu'elle est encore inoculable : nous faisons une seconde inoculation sur le fourreau.

Mig... nous revient dans le courant du mois de septembre. — La seconde inoculation a été négative comme la première. Nous constatons l'existence d'une roséole et d'une angine exanthématique. Le malade est soumis à l'usage de la solution de sublimé et de chlorhydrate d'ammoniaque.

VI[e] FAIT. — Le 22 août de cette même année 1855, un autre malade, Br..., ajusteur, âgé de 29 ans, se présente au dispensaire avec un chancre induré type de la muqueuse préputiale, datant de 15 à 20 jours, et ayant tous les caractères de la période d'état. — Inoculation sur la face dorsale de la verge avec le pus fourni par l'ulcération préputiale. — L'inoculation a été négative. — Les accidents constitutionnels se sont manifestés dans le courant du mois d'octobre

VII[e] FAIT. — Le 16 novembre 1855, un malade nous raconte qu'après 8 jours d'un coït exercé dans une maison publique, il a vu se former sur la verge une sorte d'écorchure aussi petite d'abord qu'une tête d'épingle, puis qui s'est progressivement étendue, mais sans lui causer de douleurs. — Nous constatons l'existence d'un chancre induré solitaire, situé derrière la couronne du gland, de couleur grisâtre, un peu ulcéré, accompagné d'adénites indolentes multiples des régions inguinales, et d'une lymphite dorsale de la verge. Nous diagnostiquons un chancre infectant de trois semaines, à la période d'état, et nous pratiquons une inoculation sur le fourreau, en annonçant que, suivant toute probabilité, cette inoculation sera négative.

Le malade revient régulièrement au dispensaire. Nous pûmes constater le résultat négatif de l'inoculation, et plus tard les accidents constitutionnels de la période secondaire.

VIII[e] FAIT. — Le 30 novembre 1855, sur un malade de notre dispensaire, portant deux chancres indurés du reflet préputial, presentant les caractères de la période d'inoculation, mais dont l'époque de début n'a pas été notée, nous pratiquons deux inoculations : l'une sur la muqueuse préputiale, dans le voisinage des chancres, une autre sur le fourreau de la verge, et toutes deux avec une épingle chargée sur les chancres, que nous diagnostiquons être infectants.

Les deux inoculations ont été négatives. — Des accidents constitutionnels (syphilide papuleuse, angine) se sont manifestés pendant le mois de janvier 1856.

IXe FAIT. — Le 16 janvier 1856, sur un jeune homme âgé de 20 ans, nous constatons l'existence, dans le sillon glando-préputial, d'une excoriation grisâtre, saillante, un peu dure à sa base, de l'étendue d'une lentille, datant de 8 ou 10 jours, au dire du malade, et ayant tellement l'aspect du chancre infectant au début, que nous formulons le diagnostic dans ce sens, et pratiquons une inoculation sur la muqueuse préputiale elle-même, dans le voisinage du chancre, inoculation dont nous annonçons le résultat négatif.

25 janvier. — L'inoculation n'a rien produit. L'excoriation chancreuse s'est étendue; l'induration de la base est manifeste. — Tuméfaction des glandes inguinales.

17 mars. — Le chancre est cicatrisé. — Induration type. — Accidents secondaires.

Xe FAIT. — 12 mai 1856. Rib..., âgé de 20 ans, chaudronnier.

Rapports sexuels le dimanche 13 avril. — 8 ou 10 jours après, apparition de deux *boutons* gros comme des têtes d'épingle. Ils se sont réunis et ont donné lieu à l'affection pour laquelle il vient au dispensaire. Son état est le suivant:

Phimosis; tuméfaction du prépuce et du fourreau; écoulement par l'orifice préputial d'un liquide sanieux et abondant. Le toucher donne la sensation d'une induration sous-préputiale assez étendue, et en effet, après le renversement du prépuce, opéré avec une certaine difficulté, nous voyons sur la muqueuse préputiale une plaque grisâtre, saillante, reposant sur une base indurée. La muqueuse balanique est excoriée par places, rouge dans toute son étendue, mais ne présente aucune autre ulcération. Les glandes des aines sont développées, un peu douloureuses; il existe une lymphite dorsale.

Diagnostic : chancre infectant induré de 15 à 20 jours, à la période d'état; cas type.

Inoculation à l'épingle sur la partie inférieure de l'abdomen.

30 mai. — Aucun phénomène appréciable ne s'est produit dans le point inoculé. Nous revoyons le malade plusieurs fois, et nous constatons, vers la fin du mois de juillet, une roséole syphilitique qu'avaient précédée des douleurs rhumatoïdes et une céphalée intense. — Il n'est pas inutile de faire remarquer que chez ce malade, malgré l'existence du phimosis dès le début de la maladie, et malgré le contact immédiat et prolongé du chancre préputial avec le gland, aucune inoculation spontanée et de voisinage n'eut lieu sur cet organe.

XIe. FAIT. — L'observation suivante est une des plus intéressantes que nous puissions rapporter. Elle offre un exemple remarquable du développement de deux chancres, à un intervalle de temps très-rapproché, chez un même malade, chancres dont le diagnostic différentiel fut établi à l'aide de l'inoculation expérimentale.

Vers le milieu du mois de février 1856, un élève en architecture, M. X..., peu de jours après un coït suspect, avait vu se former sur le fourreau de la verge, vers l'extrémité du prépuce, une ulcération qui insensiblement s'était agrandie et avait pris un mauvais aspect.

Le 27 février, M. X... est amené à notre dispensaire par un de ses amis, élève en médecine. Nous diagnostiquons un chancroïde, c'est-à-dire un chancre non infectant. Ce diagnostic étant en opposition avec celui porté par l'ami du malade, qui croyait à l'existence d'un chancre infectant, nous proposons une inoculation expérimentale, annonçant que vraisemblablement elle sera positive (1). Elle est acceptée par le malade, et pratiquée immédiatement, avec une épingle, sur le fourreau de la verge.

(1) Nous verrons que l'auto-inoculation du chancroïde est constamment positive.

3 mars. — L'inoculation a réussi. Sur le point où elle a été faite existe une pustule ayant tous les caractères de la pustule qui suit l'inoculation du chancroïde.

10 mars. — La pustule d'inoculation est devenue une ulcération de l'étendue d'une lentille; elle est circulaire, à fond grisâtre et pultacé, à bords taillés à pic. — Nous insistons sur la nécessité de suspendre le traitement mercuriel auquel le malade avait été soumis par son ami, et pour tout traitement de panser les deux ulcérations avec du vin rouge additionné de tannin. — Nous perdons de vue ce malade.

Le 15 juin de la même année (1856), M. X... se présente à notre consultation particulière. Il nous montre la cicatrice du chancre de la face dorsale de la verge inoculé au mois de février, cicatrice dont l'étendue ne dépasse pas celle d'une très-petite lentille : le chancre du limbe est guéri depuis longtemps aussi. M. X... n'a fait aucun traitement mercuriel, et depuis cette époque sa santé a été parfaite. En même temps il soumet à notre examen une affection du pénis qu'il porte depuis 10 ou 12 jours; il l'a contractée avec une femme du quartier latin qui a rendu malade un jeune homme de sa connaissance (1). Nous trouvons sur le reflet préputial, derrière le gland, une exulcération, un peu dure à sa base, et ayant si bien l'aspect du chancre infectant, que sur ce premier et rapide examen, nous annonçons au malade qu'il s'agit là, très-probablement, d'un chancre induré dont les suites seront malheureusement bien différentes de celles de son chancre simple du mois de février. Tout en disant cela, nous imprégnons la pointe d'une épingle du liquide fourni par l'exulcération chancreuse, puis nous pratiquons une inoculation sur la muqueuse préputiale, dans le voisinage du chancre, voulant, disions-nous, avoir dans quelques jours, par le résultat négatif de l'inoculation, la presque certitude de l'existence d'un chancre infectant.

22 juin. — L'inoculation n'a rien produit. — L'induration du chancre paraît augmentée. — Commencement d'adénites dans les régions inguinales.

7 juillet. — Aucun phénomène appréciable ne s'est manifesté sur le point de la muqueuse où l'inoculation a été faite le 15 juin. — Induration type du chancre préputial. — Engorgements ganglionnaires indolents et multiples des aines. — Diagnostic confirmé.

Nous ne revoyons le malade qu'à la fin du mois d'août. Il nous rapporte que son ami l'élève en médecine l'a soumis, depuis près de deux mois, à l'usage des pilules de proto-iodure de mercure, traitement qui n'a ni empêché, ni même retardé le développement d'une syphilide papuleuse, d'une angine pseudo-membraneuse avec hypertrophie des amygdales, et d'une alopécie que nous constatons.

Dans ces observations d'auto-inoculations négatives du chancre infectant que nous venons de rapporter, et dont la plupart sont antérieures à la publication de notre travail lu à la *Société de chirurgie* (oct. 1855), le lecteur aura peut-être remarqué que les chancres dont le pus servait aux inoculations n'étaient pas très récents. En effet, dans ces onze cas, l'âge du chancre au moment de l'inoculation a été noté avec soin dix fois. En voici le tableau :

(1) Un élève en pharmacie, que nous avons vu un peu plus tard atteint d'un chancre infectant.

Chancres de	21 jours,	1	cas.
—	18 —	1	—
—	15 —	4	—
—	12 —	2	—
—	10 —	1	—
—	8 —	1	—

Le nombre total des jours pour ces 10 cas étant de 141, l'*âge moyen* des chancres inoculés était de 14 jours.

Bien que nous ne prétendions pas à la rigoureuse exactitude de ces chiffres (en raison de la difficulté qu'il y a de savoir exactement l'âge d'un chancre), ils suffiraient pour établir que les inoculations, dont nous venons de rapporter les détails, ont été pratiquées à une époque de la durée du chancre qui est loin d'être considérée comme étant celle où le chancre infectant n'est plus contagieux.

Cependant nous comprenons qu'un doute légitime naisse dans l'esprit de ceux qui voudront bien nous lire, car personne ne sait et n'a dit à quel moment de sa durée le chancre infectant cesse absolument d'être contagieux et inoculable.

Dans ces inoculations expérimentales du chancre infectant du malade au malade (auto-inoculations), et dans celles pratiquées sur un individu ayant la syphilis constitutionnelle (hétéro-inoculations), on peut nous objecter, en effet, que si le résultat de l'inoculation a été négatif, cela tient, non à ce que le chancre infectant cesse d'être inoculable au malade qui le porte ou à celui qui a la syphilis constitutionnelle, comme nous le soutenons, mais à ce que l'inoculation était pratiquée dans un temps où le chancre infectant, sur lequel nous prenions le virus servant à l'expérimentation, n'était plus inoculable ; — et qu'ainsi nous faisions une inoculation avec le pus d'un chancre induré arrivé à la période dite de réparation.

Cette objection est sérieuse. Nous la connaissions, et nous la signalions dans les termes suivants dans notre travail publié en 1855.

« Il y aurait deux manières de réfuter cette objection. La première serait de faire en même temps et comparativement ces inoculations sur des sujets n'ayant pas de chancre infectant ou n'ayant pas eu la syphilis constitutionnelle; on verrait les inoculations réussir sur les sujets sains, alors qu'elles échoueraient sur le malade lui-même qui a fourni le pus inoculé, comme on voit un enfant vacciné depuis huit ou dix jours fournir du vaccin inoculable à une série d'enfants sains, alors qu'il est lui-même réfractaire à une nouvelle inoculation vaccinale. Si nous n'avons jamais cherché cette démonstration directe, c'est parce que nous sommes convaincu qu'en inoculant ainsi du pus de chancre infectant à un indi-

vidu sain, nous lui donnerions fatalement la vérole constitutionnelle.

« Le second moyen consistera à demander aux faits cliniques ce qu'il n'est pas possible d'obtenir de l'expérimentation. Il suffira de recueillir quelques observations de malades ayant des chancres infectants, de noter avec soin depuis combien de temps les sujets qui les ont contaminés portaient leurs chancres. On trouvera alors que le chancre infectant est encore contagieux après un long laps de temps, celui pendant lequel il conserve cet aspect pseudo-membraneux particulier, cette couleur grisâtre qui caractérise le chancre à la période d'état, tandis que nos inoculations démontrent que ce même chancre infectant, inoculé au malade qui le porte, est impuissant à se reproduire sur lui, c'est-à-dire cesse d'être inoculable à ce sujet après un petit nombre de jours, et bien avant la fin de sa période de spécificité. D'où cette déduction importante : De ce qu'un chancre n'est pas inoculable au malade qui le porte, il ne faut pas conclure qu'il est arrivé à la période de réparation (1). »

La vérification de la *contagiosité* d'un chancre infectant qui n'a pu être inoculé au malade qui le porte, ne pouvant être faite par l'inoculation de ce chancre à un individu sain (*de pelle humanâ agitur*), et les faits cliniques connus ne donnant jamais que des présomptions lorsqu'il s'agit d'éclairer un fait particulier et actuel, n'est-il donc pas possible de répondre péremptoirement à cette objection : Que si le chancre infectant ne s'inocule pas au malade qui le porte, c'est qu'il ne fournit plus de virus inoculable?

Nous n'hésitons pas à dire que la réponse à cette objection est tout entière dans les résultats négatifs des inoculations itératives pratiquées à une époque très-rapprochée du début du chancre, dans le premier septénaire de son existence, par exemple. — Or nous possédons des faits d'inoculation de ce genre, et ce sont les plus importants à mentionner dans l'étude du point de doctrine qui nous occupe : la valeur de l'inoculation dans le diagnostic du chancre infectant.

Si, en effet, une inoculation itérative du chancre infectant, est pratiquée au malade qui porte ce chancre, quelques jours seulement après le début de l'ulcération, et que cette inoculation ne donne qu'un résultat négatif, on ne peut plus attribuer ce résultat à la cessation de la période d'état du chancre. Nous rapporterons donc des faits d'auto-inoculation du chancre infectant concernant des chancres qui n'avaient que quelques jours d'existence au moment de l'inoculation expérimentale.

Ici nous n'avons pas un choix à faire dans nos observations : elles sont peu nombreuses, parce qu'il n'est pas commun d'être consulté par les

(1) Depuis la publication de ce travail, dans notre clientèle, en mai 1857, nous avons observé deux malades ayant contracté tous deux, à plus d'un mois de distance l'un de l'autre, un chancre infectant avec la même femme, elle-même atteinte d'un chancre.

malades dans les premiers jours de l'existence d'un chancre. Il faut, en outre, lorsque ces cas se présentent, et qu'une inoculation expérimentale a été faite, que le malade reste soumis à notre observation assez longtemps pour avoir la certitude que la lésion suspectée, et dont le produit de sécrétion a été inoculé, était bien un chancre infectant; deux conditions qui ne permettent pas de réunir un grand nombre d'observations, même pendant le cours de plusieurs années. Nous citerons donc tous les faits que nous possédons, et cela le plus brièvement qu'il nous sera possible.

XII[e] FAIT. — Lundi 19 mai 1856. M. X..., 23 ans, employé. — N'a eu jusqu'à ce jour aucune maladie vénérienne.

M. X... portait au moment de notre examen, sur la muqueuse préputiale, en arrière du gland (sillon) une érosion de l'étendue d'une très-petite lentille, ayant tous les caractères d'un chancre infectant au début. — Nous interrogeons ce malade avec un soin extrême sur l'*âge* de son affection, et toutes ses réponses nous confirment dans l'opinion que l'érosion chancreuse n'avait pas plus de 5 ou 6 jours.

Inoculation sur la peau de la verge. — Traitement local et général du chancre infectant.

6 juin. — L'inoculation a été négative. — Le chancre est induré; adénites inguinales types. — Nous constatons plus tard l'existence des lésions constitutionnelles précoces : roséole, angine, etc.

XIII[e] FAIT. — 23 mars 1857. Sur un malade de notre dispensaire : érosion chancreuse située en arrière de la couronne du gland. — Le malade affirme que cette affection existe depuis *huit jours* à peine.

Inoculation avec une épingle, sur la muqueuse préputiale. Nous annonçons qu'elle sera négative. — Traitement du chancre infectant.

Le malade ne se présente au dispensaire qu'au moment où il est atteint d'une roséole (lundi 4 mai). — Il nous rappelle qu'une inoculation a été pratiquée sur lui en mars : elle a été négative.

XIV[e] FAIT. — 24 avril 1857. Sur un malade de notre dispensaire : deux chancres du sillon glando-préputial. — Le malade assure que ces chancres n'ont paru que depuis *huit jours*.

Inoculation pratiquée sur la muqueuse préputiale, dans le voisinage des chancres.

27 avril. — Nous constatons que l'inoculation a été négative. Diagnostic des chancres infectants confirmé plus tard (mai et juin) par l'apparition des accidents consécutifs.

XV[e] FAIT. — 2 mai 1857. Malade du dispensaire. — Chancre infectant de la muqueuse préputiale, en arrière du gland. — Le chancre a paru il y a *six jours*, quatre jours (1) après le coït infectant, le seul exercé par le malade depuis plus de trois mois.

Inoculation faite avec une épingle, sur la muqueuse préputiale.

Le 6, le 11 et le 18 mai, nous constatons que l'inoculation a été négative. — Le

(1) Incubation la plus courte que nous ayons rencontrée.

chancre s'est induré, et les accidents constitutionnels se sont manifestés dans le courant du mois de juin.

XVI[e] Fait. — 12 mars 1858. Malade du dispensaire. — Érosion de la muqueuse préputiale, dans le sillon, datant de *trois jours*, au dire du malade. — Nous diagnostiquons un chancre infectant, et nous parlons de ce fait aux élèves présents, comme étant un cas rare au point de vue du diagnostic précoce, que nous croyons pouvoir établir presque avec certitude, en raison de l'aspect de l'érosion. — Nous adressons de nombreuses questions au malade relativement à l'âge du chancre. Toutes ses réponses nous confirment dans l'opinion qu'il s'agit d'une érosion ne remontant pas au delà de 4 ou 5 jours.

Inoculation sur la muqueuse préputiale.

15 mars. — Résultat négatif. — Même aspect de l'érosion. — Diagnostic maintenu. — *Nouvelle inoculation.*

Quelques jours après, nous constatons l'insuccès de deux inoculations précédentes, et plus tard (avril et mai) nous reconnaissons, par tous les signes caractéristiques du chancre induré, et par les accidents consécutifs survenus chez ce malade, que l'érosion dont le produit de sécrétion avait été inoculé le 12, puis le 15 mars, était bien un chancre infectant.

XVII[e] Fait. — Le 21 avril 1858, se présenta au dispensaire un jeune homme (Édouard X...) portant sur le milieu du bord libre *de la lèvre* inférieure une érosion de la largeur d'une petite lentille, recouverte, *à son centre* seulement, d'une sorte de fausse membrane rappelant si bien celle que nous avons décrite en parlant du chancre infectant à la période de début, que nous annonçons un *chancre infectant récent de la lèvre.* — Nous complétons notre diagnostic par le toucher (induration diffuse de la base de l'érosion); par l'exploration de la région sous-maxillaire, où nous trouvons un commencement d'induration ganglionnaire, et enfin par l'examen attentif des lèvres, de la langue, de la gorge, de la peau, de la poitrine et du ventre, et par l'inspection des organes génitaux, afin de nous garantir d'une erreur de diagnostic que nous croyons assez fréquente, celle qui consiste à prendre une papule muqueuse labiale *naissante*, pour un chancre primitif de la lèvre. — Nous constatons donc qu'il n'existe chez ce malade aucune lésion suspecte, syphilitique ou autre : il est d'ailleurs vierge de toute maladie vénérienne antérieure.

Le malade affirme que cette affection ne remonte pas au delà d'une douzaine de jours. Nous lui faisons remarquer qu'il se trompe peut-être sur l'âge de son chancre. Il nous répond qu'il est parfaitement sûr de ce qu'il nous dit, ajoutant, et non sans raison, que la situation de son chancre est telle qu'il faudrait être aveugle pour ne pas l'avoir vu à son début, et que s'il commet une erreur relativement au nombre de jours qu'il donne à la maladie, cette erreur ne peut pas être bien grande.

Inoculation sur l'avant-bras gauche du malade.

Mercredi 28 avril. — L'inoculation n'a rien produit. — Augmentation de l'induration à la base de l'érosion, et de l'adénopathie sous-maxillaire.

Nous perdons de vue ce malade, qui ne revient au dispensaire que le 14 juin. — Le chancre labial est cicatrisé : une tache rouge et un reste d'induration nous rappellent son siége, sur la ligne médiane. — Nous constatons chez ce malade l'existence de papules muqueuses des lèvres, des organes génitaux; une angine diphthéritique et enfin une roséole à la période de déclin.

XVIII[e] Fait. — L'observation suivante est une des plus précises (nous

allions dire : *précieuses*) que nous puissions jamais rapporter. Elle a trait à un de nos meilleurs élèves, M. X..., chef de clinique à notre dispensaire en 18..., aujourd'hui médecin très-distingué, dans une ville importante.

Peu de temps après un coït qu'il avait suspecté, M. X. aperçut sur la région du sillon glando-préputial, une érosion qu'il soupçonna tout de suite être un chancre infectant naissant.

Le lendemain du jour où il fit cette découverte, son soupçon de chancre initial devint presque une certitude pour lui : il pratiqua une première inoculation expérimentale. — Deux ou trois jours après, nouvelle inoculation, en usant dans ces deux expériences des mêmes soins et des mêmes précautions qu'il nous voyait employer au dispensaire.

Les inoculations furent négatives. — L'érosion du sillon devint un chancre induré type, que M. X. soumit à notre examen, et qui fut suivi, dans le délai ordinaire, d'affections cutanées syphilitiques, d'angine, etc.

Ces derniers faits d'auto-inoculations négatives du chancre infectant, et ceux rapportés plus haut nous paraissent suffisants pour conclure :

Que non-seulement le diagnostic du chancre infectant ne peut être basé sur l'inoculation artificielle ou expérimentale ; *mais qu'avec les opinions ayant cours aujourd'hui sur l'inoculation du chancre*, *l'auto-inoculation négative du chancre infectant conduit fatalement à une erreur de diagnostic*, *en faisant conclure que l'ulcération dont on a inoculé le pus n'est pas un chancre*.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance pratique de ce fait, capital, suivant nous, en syphiliologie, à savoir, que le résultat négatif d'une inoculation artificielle, n'implique nullement la non-existence d'un chancre infectant. Que d'erreurs funestes aux malades ont dû commettre depuis vingt-cinq ans tous ceux qui, croyant à l'infaillibilité de l'inoculation dans le diagnostic du chancre, se sont basés sur elle seule pour établir ce diagnostic !

Quelques exemples bien choisis nous paraissent nécessaires pour appeler toute l'attention des cliniciens sur les faits que nous venons de rapporter, et sur les conséquences pratiques qui en découlent.

Obs. — Le 11 mai 1854, à la Société médicale du 2e arrondissement de Paris, un médecin fort distingué, M. le docteur Piogey, rapporta l'observation d'une jeune personne de sa clientèle (vingt-trois ans, lingère) « qui, à la suite de longues privations, vit une gerçure se développer à la partie latérale droite de la *lèvre supérieure*.... Une croûte épaisse recouvrait cette gerçure, en même temps qu'*un ganglion existait déjà au-dessous du maxillaire inférieur*; une *hypertrophie* considérable se faisait remarquer à la lèvre, depuis la sous-cloison du nez jusque par-delà la commissure droite.....

« *Comme moyen de diagnostic*, M. Piogey pratiqua avec le pus de cette ulcération, sur le bras gauche de la malade, *trois* inoculations successives, *mais sans résultats*..... D'où il conclut que la lésion de la lèvre n'était pas un chancre (1). »

Une inoculation expérimentale négative, n'aurait-elle pas conduit quelques chirurgiens d'aujourd'hui, à l'amputation de la lèvre, dans le cas suivant ?

Obs. — « Une jeune fille de Blois arrive à Paris avec un ulcère de la lèvre inférieure et avec une tumeur considérable qui en occasionne le renversement. *Elle consulte trois grands praticiens qui déclarent qu'elle est affectée d'un cancer*, *et qu'il faut l'opérer*. Mais la malade ayant avoué le lendemain qu'elle avait reçu un baiser d'un militaire qui avait fait des tentatives pour introduire sa langue dans sa bouche, on différa l'opération, et l'on donna un antivénérien. L'ulcère guérit radicalement (2). »

Obs. — Il y a quelques années, à Paris, un malade, atteint d'un chancre infectant de la lèvre, ne fut pas aussi heureux que la jeune fille dont parle Capuron. — Un jeune chirurgien lui amputa la lèvre. — Pendant la cicatrisation de la plaie, l'apparition d'une roséole syphilitique chez le malade vint apprendre à l'opérateur qu'il avait enlevé un énorme chancre induré, tandis qu'il croyait avoir eu affaire à un cancer ou à un épithélioma de la lèvre ; opinion qu'eût certainement corroborée une inoculation expérimentale négative.

Nous trouvons dans le mémoire, déjà cité par nous (p. 94), de M. le professeur Alquié (de Montpellier), une observation dans laquelle les résultats négatifs d'une inoculation ont pu faire commettre l'erreur que nous signalons, observation que l'auteur fait suivre de réflexions qui montrent bien toute la valeur qu'il accorde à l'expérimentation dans le diagnostic du chancre.

Voici cette observation :

Obs. — Le 20 juillet 1836, un malade est admis à l'Hôtel-Dieu de Montpellier pour y être traité d'ulcérations de la muqueuse préputiale *datant de trois jours*, et consécutives au coït.

« M. le professeur Serre examina ces ulcérations situées près du frein du prépuce, et ne leur reconnut pas tous les caractères des chancres. En effet, quoique fort récentes, ces ulcérations étaient superficielles ; leur couleur, quoiqu'un peu jaunâtre, n'avait pas ce fond grisâtre dont nous avons parlé, et leur base n'était pas beaucoup indurée. Néanmoins les pilules avec un 10[e] de sublimé furent ordonnées. *Pour reconnaître la nature de la maladie, nous eûmes recours à l'inoculation, et cette fois encore elle vint confirmer les prévisions du chirurgien en chef, car aucune ulcération n'en fut le résultat*. Aussi le traitement fut *bientôt* suspendu, et à peine le malade avait-il pris quelques pilules que déjà les ulcérations étaient fermées

(1) *Compte rendu de la Soc. méd. du 2*[e] *arrondissement*, par M. le docteur Arnal (*Union médicale*, 1854, p. 508).

(2) Capuron, *Aphrodisiographie, ou Tableau de la maladie vénérienne*, Paris, 1807, p. 113.

depuis plusieurs jours, et qu'il obtint son billet de sortie le 17 août suivant. » (*Près d'un mois après son entrée.*) (*Loc. cit.*, p. 643.)

Ainsi, d'après le résultat négatif de l'inoculation, M. Alquié conclut que les ulcérations de ce malade n'étaient pas des chancres. — Parlant ensuite des applications de l'inoculation dans les recherches médico-légales, M. Alquié ajoute : « Il est des circonstances bien plus graves où l'inoculation peut, ce nous semble, rendre des services précieux. Le médecin est appelé devant les tribunaux à décider de la nature des maladies réputées syphilitiques, dans un cas de viol par exemple ; il ne pourra asseoir qu'en tremblant son jugement sur des symptômes extérieurs dont la plupart des praticiens s'accordent à reconnaître la variabilité et l'insuffisance. ***En ces cas litigieux de médecine légale, inoculez la matière des ulcérations suspectes, et vous sortirez d'embarras d'une manière démonstrative pour tout le monde.*** » (*Ibid.*)

Si les inoculations négatives de chancres infectants rapportées plus haut tombent sous les yeux de M. le professeur Tardieu, peut-être trouvera-t-il qu'il n'est plus possible, en médecine légale, de déclarer qu'une ulcération n'est pas un chancre, par cela seul qu'elle n'a pu être inoculée.

De tout ce qui précède, faut-il donc conclure que l'inoculation expérimentale, appliquée dans les conditions où elle est seulement possible, c'est-à-dire du malade au malade, ne peut concourir en rien au diagnostic du chancre infectant ? Incontestablement non, car nous verrons bientôt que l'auto-inoculation est d'un précieux secours pour distinguer le chancre infectant de l'affection avec laquelle on le confond le plus facilement et le plus souvent, le chancroïde. — Le chancroïde, en effet, s'inocule avec une telle facilité, avec une telle constance, au malade qui le porte, qu'étant donnée une affection ulcéreuse des organes génitaux survenue après un coït suspect, l'inoculation pratiquée sur le malade avec le produit de sécrétion de cette ulcération, suivant les résultats négatifs ou positifs qu'elle fournit, établit seule une très-grande présomption en faveur de l'existence d'un chancre infectant ou d'un chancroïde. — Assertion dont les preuves seront fournies dans le paragraphe consacré à l'histoire de l'inoculation expérimentale du chancre *non infectant.*

En supposant que l'inoculation du chancre infectant puisse être pratiquée *à un individu sain*, pourrait-elle, dans ces conditions particulières, et différentes de celles dont nous avons parlé jusqu'à présent, devenir un moyen *certain* de diagnostic du chancre infectant ? — Non, et voici pourquoi :

Cette inoculation serait positive ou négative. — Positive, elle ne vous apprendrait pas si l'ulcération à laquelle vous avez emprunté le pus qui a

servi à votre expérimentation, est un chancre infectant ou un chancre simple, puisque l'une et l'autre de ces ulcérations est inoculable. — Si l'inoculation était négative, seriez-vous en droit de conclure que l'ulcération dont le pus a été inoculé est un chancre infectant? Nullement, car le résultat négatif d'une inoculation pratiquée sur un individu sain, ne peut servir à établir l'existence d'une affection qui est inoculable. — Cette inoculation négative pourrait-elle, au moins, vous autoriser à penser que l'ulcération dont vous avez inoculé le pus n'est pas un chancre infectant? — Le chancre infectant étant contagieux et inoculable, il semble, de prime abord, qu'en présence d'une inoculation négative faite sur *un individu sain*, on devrait conclure, en effet, et avec certitude, que l'ulcération qui a fourni le pus inoculé n'est pas un chancre infectant. Et cependant cette conclusion ne serait pas légitime : 1° parce qu'un chancre infectant peut n'être plus à la période d'état ou de virulence dans le temps où l'hétéro-inoculation aurait été pratiquée; 2° parce qu'il est loin d'être établi que l'inoculation du chancre infectant, à un sujet sain, est fatalement positive; proposition que nous développerons plus loin.

D'où il résulte, en dernière analyse, que *l'inoculation expérimentale du chancre infectant, pratiquée sur un individu sain, pas plus que l'auto-inoculation, ne peut fournir le signe caractéristique ou pathognomonique du chancre infectant.*

Trouvera-t-on ce signe dans l'étude de la contagion naturelle ou accidentelle du chancre infectant? — Cette question nous conduit au second chef de notre étude de la contagion ou de la transmission du chancre, appliquée au diagnostic de cette affection.

De la contagion ou de la transmission accidentelle du chancre infectant considérée au point de vue du diagnostic de cette affection.

Il est incontestable que dans le diagnostic des maladies contagieuses, la connaissance des circonstances qui ont précédé la maladie peut singulièrement venir en aide au médecin. — Qu'il s'agisse, par exemple, d'un malade atteint d'une affection de la peau réunissant quelques-uns des caractères de la gale, et présentant néanmoins quelques difficultés dans son diagnostic : si l'on apprend que ce malade a couché avec un individu manifestement atteint de la gale, cette circonstance n'établit-elle pas une très-grande présomption en faveur de la nature parasitaire de l'affection cutanée du malade que nous venons de prendre pour exemple? — De même, si au début d'une fièvre éruptive chez un malade, vous étiez incertain sur l'existence d'une rougeole, d'une scarlatine ou d'une variole, et que vous apprissiez que ce malade a visité depuis peu de temps une personne atteinte de l'une de ces maladies, cet antécédent ne vous four-

nirait-il pas un élément de diagnostic dont vous devriez tenir compte?

Par les mêmes motifs, c'est-à-dire en raison de cette loi de pathologie que les maladies contagieuses se transmettent dans leur espèce (ce qui revient à dire que les mêmes causes produisent les mêmes effets), lorsqu'un individu (homme ou femme) est atteint d'une affection ulcéreuse des organes génitaux, consécutivement à un coït exercé avec un individu manifestement atteint d'un chancre infectant siégeant sur les organes sexuels, cette circonstance établit une très-grande présomption en faveur de l'existence d'un chancre infectant chez le malade qui a eu des relations sexuelles avec ce malade.

La confrontation des malades, c'est-à-dire l'examen de l'*infecté* et de l'*infectant*, est donc d'une grande importance dans le diagnostic du chancre.

Quelques exemples sont nécessaires pour mettre en évidence la valeur de cette assertion.

Ier Fait. — Dans le cours de l'année 1846, nous avons soigné un ouvrier serrurier de Montmartre, affecté d'un chancre induré de l'angle péno-scrotal, qui fut suivi d'une syphilide papuleuse. — Sa femme était atteinte, *dans le même temps*, d'un chancre de l'une des grandes lèvres, après lequel se manifestèrent des accidents constitutionnels.

Bien qu'il ne nous ait pas été possible, dans ce cas, de déterminer ou de savoir lequel de ces deux malades avait infecté l'autre, il est infiniment probable que le chancre de l'un d'eux provenait du chancre de l'autre malade.

IIe Fait. — Au mois de février de l'année 1852, un garçon d'équitation se présenta à notre dispensaire avec un chancre induré de la couronne du gland, qui fut suivi d'une syphilis constitutionnelle. — Il tenait ce chancre de la maîtresse d'un de ses amis, et il communiqua son ulcération à sa femme, qui vint, elle aussi, à notre dispensaire avec une syphilis constitutionnelle récente.

IIIe Fait. — En 1852, un juge d'instruction, M. Géry, nous manda dans son cabinet, et, nous présentant quelques feuilles d'ordonnances de l'un des malades de notre dispensaire, inculpé de viol sur une jeune fille, nous demanda quelle affection cet individu avait pu lui communiquer.

Ce malade était atteint, au moment de son arrestation, d'un chancre infectant non cicatrisé et de papules muqueuses du pourtour de l'anus, ce qui résultait pour nous des prescriptions inscrites sur les ordonnances saisies à son domicile.

Nous répondîmes à M. G... que si le viol avait eu lieu dans le temps où le chancre était contagieux (et nous assignâmes approximativement cette époque), l'inculpé avait pu communiquer à la jeune fille violée un chancre infectant des organes génitaux, c'est-à-dire un chancre suivi, chez cette enfant, de quelques-uns des symptômes de la syphilis généralisée.

M. Géry nous apprit alors que le viol remontait à l'époque que nous venions d'indiquer pour ce que nous appelions la période d'état ou d'inoculabilité du chancre, et en même temps il nous fit connaître le certificat d'un médecin qui avait soigné la jeune fille d'une syphilis constitutionnelle récente.

IVᵉ FAIT. — Vers la fin du mois de juillet 1854, nous avons été consulté par un malade qui portait sur le fourreau de la verge une ulcération de petite étendue, dure à sa base, presque constamment recouverte d'une croûte, accompagnées d'adénites multiples et indolentes des aines.

Nous annonçâmes à ce malade que ce *bouton*, comme il l'appelait, était un chancre infectant qui serait suivi dans quelques semaines de manifestations à la peau, etc. — Ce malade, effrayé, nous apprit qu'ignorant la nature de son affection, il avait continué ses rapports avec sa femme, et qu'elle portait une ulcération lui paraissant avoir beaucoup d'analogie avec celle dont il était lui-même affecté. Soumise dès le lendemain à notre examen, nous reconnûmes sur la femme du malade un chancre induré, siégeant sur la face cutanée de la grande lèvre gauche et ayant déterminé une adénite non phlegmoneuse dans l'aine du même côté.

Peu de temps après, et malgré le traitement antisyphilitique auquel furent immédiatement soumis ces deux malades, nous constations sur l'un et sur l'autre le début d'une syphilide papuleuse (1).

Vᵉ FAIT. — Le fait suivant n'est-il pas singulier et fort curieux?

Au mois de janvier de l'année 1858, un malade nous consulta pour un chancre infectant siégeant sur la muqueuse préputiale, chancre dont nous annonçâmes les suites au malade. Celui-ci encore nous dit que, ne sachant pas ce qu'était cette *écorchure*, il n'avait pas interrompu ses relations avec sa femme. « Il est fort à craindre, lui dis-je, que vous l'ayez rendue malade : il serait bon de l'amener ici avec vous, à votre prochaine visite. — Jamais elle ne consentira, docteur; d'ailleurs nous éveillerions ses soupçons, et tout serait perdu. Est-ce que vous ne pourriez pas la traiter sans la voir? — Cela n'est pas impossible, répondis-je au malade : examinez vous-même votre femme, sous un prétexte quelconque, et voyez si elle a sur les organes génitaux externes *quelque chose* d'analogue à ce que vous avez vous-même sur la verge; touchez les aines afin de savoir s'il existe dans ces régions des *glandes* comme les vôtres. »

Quelques jours après cet entretien, le malade vint nous apprendre qu'il avait examiné sa femme, et qu'il avait trouvé comme un *gros bouton sur la partie*, et des glandes dans les aines. — Enfin, quelques semaines plus tard, toujours guidé par nous dans ses recherches notre client nous annonçait l'existence, chez sa femme, d'une affection exanthématique de la peau, accompagnée d'angine, d'un état chloro-anémique très-prononcé, et de vives douleurs dans la tête.

La malade fut soumise, à son insu, à un traitement antisyphilitique, le même que celui de son mari, et, chose assez piquante elle guérit plus facilement et plus vite que ce dernier.

Nous ne produirons pas ici un plus grand nombre d'exemples de transmission du chancre infectant d'un individu malade à un individu sain, car nous aurons à revenir sur ces faits à propos de la question doctrinale de la transmission du chancre vrai et du chancroïde. Ceux que nous venons de rapporter suffisent pour montrer que l'examen de la source à la quelle un malade a puisé son mal peut fournir au diagnostic des données importantes, ainsi que nous venons de le dire. Mais il importe de signa-

(1) Ces quatre observations sont extraites de notre *Mémoire sur le chancroïde* (p. 10).

ler les conditions de ces confrontations des malades, et les erreurs auxquelles elles peuvent donner lieu.

Prenons un exemple. Un homme est atteint d'une affection ulcéreuse des organes génitaux, ultérieurement à des relations sexuelles. La femme avec laquelle il a exercé le coït est soumise à votre examen.

Plusieurs cas peuvent se présenter.

Premier cas. — Vous constatez chez la femme soumise à votre observation l'existence d'une ulcération des organes génitaux.

Il est de toute évidence qu'il faut d'abord établir le diagnostic de l'ulcération que porte cette femme, avant de pouvoir conclure relativement à l'ulcération de votre malade. Si ce diagnostic est difficile ou impossible, la confrontation, dans ce premier cas, peut tout au plus faire soupçonner l'existence d'un chancre chez votre malade, mais elle ne vous éclaire en rien sur le point qui nous occupe, celui de savoir si le chancre est infectant.

Si, au contraire, vous pouvez, par un ensemble de symptômes dont il va bientôt être question, établir avec quelque certitude que l'ulcération de la malade soumise à votre examen est un chancre infectant, il y a une probabilité très-grande en faveur de l'existence d'un chancre infectant chez le malade contagionné.

Deuxième cas. — La femme ne présente aucune ulcération, aucune affection suspecte des organes génitaux. Allez-vous conclure que l'ulcération du malade pris pour exemple n'est pas un chancre infectant? — Vous ne le pouvez pas, et voici pourquoi. Malgré l'examen le plus attentif auquel vous vous êtes livré chez une femme, un chancre pouvait exister au moment de votre examen et avoir été méconnu par vous; assertion qui pourra paraître singulière à ceux de nos confrères qui sont peu habitués à l'exploration des organes génitaux de la femme, mais dont reconnaîtront la justesse ceux d'entre eux qui se livrent souvent à l'examen des femmes atteintes de la syphilis (1). Les deux observations suivantes viennent d'ailleurs à l'appui de ce que nous avançons à ce sujet.

Obs. — En 1848, une fille publique, demeurant rue des Trois-Maures, vint nous consulter pour un chancre siégeant, disait-elle, sur les organes génitaux externes. — Après un premier examen attentif et fait à un très-beau jour, nous déclarions à cette femme qu'elle se trompait et qu'elle n'avait absolument rien de suspect. — Elle nous pria de réitérer notre examen, nous affirmant qu'à l'aide d'un miroir elle apercevait son chancre. — Nouvel examen, et même affirmation de notre part. — Cette

(1) MM. Boys de Loury et Costilhes, dans leur important travail sur les *ulcérations du col de l'utérus*, etc. (*Gaz. méd. de Paris*, 1845, p. 369), ont signalé la facilité avec laquelle sont parfois méconnus les chancres des organes génitaux externes chez la femme.

femme alors, mettant un de ses doigts sur la vulve, nous dit : « Le chancre est là sous mon doigt. » Et en effet, sur le bord de la petite lèvre gauche existait une sorte de *fissure* dont les *lèvres* s'adaptaient ou s'accolaient si exactement que nous ne l'avions pas aperçue. Ces lèvres fermaient l'orifice d'un cavité dont l'aspect grisâtre et couenneux ne nous laissa pas de doutes sur l'existence d'un chancre.

Obs. — Au mois d'août 1856, une femme se présenta à notre consultation en nous disant : « Je sors de chez le docteur X... Il m'a examinée avec le spéculum, et il affirme que je n'ai aucun mal : je suis *sûre* qu'il se trompe ; veuillez m'examiner. » — Après quelques mots dits sur l'invraisemblance de l'opinion de la malade, nous procédons à son examen, et cela avec un spéculum à quatre valves.

Nous ne trouvons absolument rien de suspect, et nous le disons à la malade. Celle-ci nous répond : « Cependant je touche mon mal *avec le doigt*, et j'ai rendu malade un jeune homme ; je vous en prie, examinez-moi de nouveau. »

Un seul point des organes génitaux, l'extrémité supérieure du vagin (sillon utéro-vaginal), n'ayant pas été exploré par nous à notre entière satisfaction, nous nous décidâmes à une nouvelle inspection.

Pensant que je n'avais pas suffisamment *étalé* le vagin dans son point d'insertion au col de l'utérus, et que peut-être la lésion signalée par la maladie siégeait dans cet endroit, je plaçai le spéculum de manière à éviter le col utérin, et j'écartai les valves de l'instrument en déviant le col à droite d'abord, afin de mieux explorer le côté gauche du sillon utéro-vaginal, me réservant d'en faire autant pour le côté droit. — J'aperçus alors 2 ulcérations siégeant sur la muqueuse vaginale et ayant tous les caractères du chancre non infectant (1).

Il ne faudrait pas croire que les faits de ce genre sont très-rares : les replis formés par les caroncules myrtiformes, par la muqueuse vulvaire au voisinage du clitoris et de l'urètre, etc., et la petite étendue de certains chancres, favorisent singulièrement ces méprises, dont nous pourrions citer d'autres exemples. Aussi, lorsque après une exploration attentive des organes génitaux d'une femme nous n'avons pas trouvé de chancre, nous ne disons pas qu'il n'existe point de chancre chez cette femme, mais que nous n'en avons pas constaté ; réserve que nous conseillons surtout aux jeunes médecins.

Troisième cas. — Si l'examen de la femme que vous trouvez saine a lieu à une époque éloignée du début de l'affection ulcéreuse de votre malade, il est possible que chez cette femme un chancre qui existait au moment des rapports sexuels, ait disparu avant le temps où vous faites la confrontation. Nous soignons actuellement un jeune homme atteint d'un chancre du sillon glando-préputial, contracté avec une fille publique précisément dans le temps où cette fille était envoyée à Saint-Lazare pour un très-petit chancre situé sur le côté gauche du méat urinaire, affection dont

(1) Le spéculum en forme de tube (spéculum de Récamier, modifié par Dupuytren) est tout à fait insuffisant pour l'examen du vagin, dont il laisse *toujours* une partie inexplorée (le sillon utéro-vaginal). Le spéculum à *deux valves*, et surtout celui à *quatre valves*, est le véritable *speculum vaginæ*.

elle a été très-rapidement guérie. Eh bien ! un médecin qui confronterait aujourd'hui notre malade avec cette fille croirait difficilement qu'il a été infecté par elle, ou bien il devrait conclure que l'ulcération de ce jeune homme n'est pas un chancre.

Enfin, cette femme sur laquelle vous n'avez trouvé aucune affection suspecte, et qui n'est réellement atteinte d'aucune maladie contagieuse, peut néanmoins avoir communiqué un chancre infectant, et cela par *contagion médiate*, si elle a exercé le coït depuis peu de temps avec un homme ayant un chancre infectant (1).

Quatrième cas. — La femme soumise à votre examen est atteinte d'accidents secondaires des organes génitaux. — Qu'allez-vous conclure relativement à l'affection que porte votre malade?

Si vous ne croyez pas à la transmission de la syphilis par les lésions constitutionnelles, vous ne manquerez pas de penser que l'ulcération de votre malade n'est pas syphilitique, et surtout ne peut pas être un chancre infectant. Conclusion aussi peu légitime, nous le démontrerons, que le principe d'où elle émane.

Une cause d'erreur plus fréquente qu'on ne pense dans les confrontations est la suivante : Un malade a eu des relations sexuelles avec plusieurs femmes; si vous ne connaissez pas, ou si vous n'admettez pas l'existence d'une période d'incubation dans le chancre infectant, vous croirez que les dernières femmes avec lesquelles a cohabité ce malade sont celles qui l'ont infecté, et si, par hasard, une d'elles est atteinte d'une affection contagieuse des organes génitaux, d'un chancroïde par exemple, vous ne manquerez pas de conclure de son affection à celle de votre malade.

D'autres fois, les malades ayant des idées préconçues sur l'état de la santé des femmes avec lesquelles ils ont eu des relations, vous désignent seulement celles qu'ils croient malades (filles publiques, femmes galantes, etc.), et ne disent rien d'un coït exercé dans le même temps avec une femme mariée, avec leur maîtresse, etc., femme qui, dans leur opinion, *ne peut pas* être malade. Ces malades-là ignorent que Voltaire a dit : « Il y a plus de choses possibles qu'on ne croit. »

La confrontation des malades, enfin, a un inconvénient bien réel quand il s'agit de la faire servir au diagnostic du chancre infectant : c'est celui de n'être possible que dans un nombre de cas très-restreint; — ou bien encore de ne pouvoir être faite qu'à une époque reculée du début de la maladie chez l'un et l'autre malade, c'est-à-dire dans le temps où cette confrontation est inutile ou insuffisante (2).

(1) Dans certaines maisons publiques, à Paris, il arrive parfois que dans une journée, la même femme reçoit jusqu'à trente et même quarante hommes. — Document relevé par nous sur un avis donné à MM. les médecins du dispensaire de salubrité, par le *bureau des mœurs*.

(2) L'*infectant* étant nécessairement plus *âgé* en vérole que l'*infecté*, il ne faut pas s'attendre,

En résumé, il n'est guère qu'un seul cas dans lequel l'examen de l'infectant et de l'infecté peut venir en aide au diagnostic du chancre vrai : c'est celui dans lequel un malade étant atteint d'une ulcération récente, le malade qui l'a infecté porte un chancre infectant plus avancé dans son évolution, c'est-à-dire un chancre dont le diagnostic absolu est possible : il y a alors, nous le répétons, la plus grande probabilité que l'ulcération de l'individu contagionné est aussi un chancre infectant.

De tout ce que nous venons de dire relativement à la propriété de contagion, artificielle ou accidentelle, du chancre infectant, étudiée au point de vue du diagnostic de cette affection, nous conclurons :

1° *Que l'inoculation expérimentale ne peut servir de base au diagnostic du chancre infectant ;*

2° *Que la confrontation des individus infectés l'un par l'autre peut nous entraîner à plus d'une erreur relativement au diagnostic du chancre infectant ; que cette confrontation est d'ailleurs entourée de trop de difficultés, de trop d'incertitudes, pour la faire intervenir utilement et pratiquement dans le diagnostic du chancre ;*

3° *Que le diagnostic du chancre infectant est, avant toute chose, un diagnostic clinique, c'est-à-dire un diagnostic basé sur l'appréciation de ses symptômes, de ses signes et de ses effets ultérieurs, et enfin, sur la connaissance des différentes affections qui peuvent être confondues avec lui.*

Du diagnostic du chancre infectant, fondé sur les symptômes, les signes, etc., de cette affection.

Nous le dirons tout d'abord, le *signe pathognomonique du chancre infectant, c'est l'infection constitutionnelle elle-même.* — Quels que soient, en effet, et le siége et l'aspect d'une ulcération ; — quel que soit le mode de contagion qui l'a précédé ; — que l'inoculation du produit de sécrétion de cette ulcération soit négative ou positive ; — que la base de l'ulcération soit *indurée* ou qu'elle soit *molle ;* — qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'adénopathies concomitantes ; — *si cette ulcération est suivie de quelques-uns des symptômes qui caractérisent la syphilis généralisée, l'apparition de ces symptômes est le signe vrai, le critérium de l'ulcération que nous appelons un chancre infectant* (1).

dans les confrontations, à trouver toujours sur les malades des lésions *homologues* ou identiques.

(1) Théoriquement cette proposition est absolue ; mais dans l'application, c'est-à-dire dans

Si les lésions constitutionnelles ou consécutives suivaient de très-près le début du chancre, l'existence ou la non-existence de ces lésions rendrait facile le diagnostic de l'ulcère primitif. Mais il n'en est pas ainsi. Une période de temps variable s'écoule toujours entre le début du chancre et les manifestations constitutionnelles. La détermination de la durée de cette période devra nous occuper : qu'il nous suffise de dire ici qu'elle est rarement moindre de cinq à six semaines, et qu'elle est parfois beaucoup plus longue. — Or, pendant tout ce temps, les accidents consécutifs faisant défaut, il y a nécessité d'établir le diagnostic sur des signes fournis par l'ulcération elle-même.

Avant de procéder à l'examen de ces signes, nous ne saurions trop insister sur les préceptes suivants dans le diagnostic du chancre infectant : Établissez toujours ce diagnostic sur un *ensemble* de symptômes ou de signes, et non sur un seul caractère de l'ulcération, l'induration, par exemple ; — réunissez toutes les données de la symptomatologie du chancre, et utilisez-les *toutes* dans la détermination du diagnostic ; — ne vous arrêtez pas à l'absence de tel ou tel signe ; — rappelez-vous que le chancre infectant se présente sous des aspects divers, et ne perdez pas de vue les cas exceptionnels ; en un mot, procédez dans le diagnostic du chancre infectant comme vous devez procéder dans le diagnostic de toutes les maladies, par l'analyse complète de leurs symptômes, et par l'étude de leur évolution.

C'est seulement en suivant cette marche que l'on peut différencier ou distinguer sûrement le chancre infectant des affections qui lui ressemblent par quelques-uns de leur symptômes. Sans doute on ne doit pas prétendre à l'infaillibilité dans ce diagnostic, mais il faut se placer dans des conditions telles que les causes d'erreur deviennent presque nulles.

Autre considération. Nous savons que le chancre n'est *jamais* une affection spontanée, et qu'il résulte toujours d'une contagion : l'étude des circonstances qui ont précédé l'ulcération ou l'exulcération dont il s'agit de déterminer la nature ne doit donc pas être négligée, car il est des cas dans lesquels cette enquête suffit pour établir une très-grande probabilité en faveur de l'existence ou de la non-existence d'un chancre.

Mais, nous devons le dire et insister sur ce point, la connaissance des circonstances qui précèdent une érosion ou une ulcération suspectes est si difficilement entière ou complète qu'elle peut facilement faire dévier notre jugement si nous lui accordons une trop grande importance. — Ainsi il arrive bien souvent qu'une affection des organes génitaux est préjugée syphilitique par cela seul que celui qui la porte a exercé le coït avec

la pratique, il ne faut pas oublier le sophisme classique : *Post hoc ergo propter hoc*. En d'autres termes, il faut éviter les causes d'erreur que nous avons signalées à propos du chancre infectant sans induration.

une femme suspecte. — D'un autre côté, si, oubliant le fait des contagions médiates, des contagions accidentelles ou de hasard, on conclut qu'une ulcération n'est pas un chancre, *parce qu'elle* n'a pas été précédée de rapports sexuels, on méconnaîtra la plupart des cas de chancres infectants situés hors de la sphère génitale.

Nous verrons que les individus qui ont, ou qui ont eu, la syphilis constitutionnelle sont presque constamment réfractaires à la contagion accidentelle ou à l'inoculation artificielle du chancre infectant. — Il importe donc, dans le diagnostic du chancre, de s'enquérir si le malade soumis à notre examen a, ou a eu, la syphilis constitutionnelle, cette circonstance établissant une très-grande probabilité en faveur de la non-existence d'un chancre infectant chez ce malade.

Les symptômes et les signes du chancre infectant différant suivant les *périodes*, c'est-à-dire suivant l'*âge* du chancre, nous suivrons dans l'étude de son diagnostic le même ordre que dans sa description.

1° *Diagnostic du chancre infectant à la période de début.* — Le diagnostic doit être établi sur les données suivantes : *a.* constatation d'une période d'incubation ayant précédé l'affection ; — *b.* forme initiale de la lésion ; — *c.* aspect particulier de l'ulcération après quelques jours de durée ; — *d.* existence de la *diphthérite chancreuse.*

a. La constatation de la période d'incubation n'est possible ni chez tous les malades ni dans tous les cas. Ce *document* clinique appartient d'ailleurs à la catégorie de ceux qui sont fournis par les réponses des malades ; il convient donc, en général, d'en user avec une grande réserve relativement au diagnostic du chancre infectant. Mais il est des circonstances dans lesquelles la longue durée de l'incubation, la précision et la netteté des réponses des malades, laissent si peu de doutes sur le fait de l'incubation, que sa constatation devient un signe diagnostique précieux.

b. Les renseignements fournis par les malades relativement au *début de l'affection* ont leur importance dans le diagnostic : fréquence du début du chancre infectant par une excoriation ; extrême rareté, suivant nos observations, du début vésiculo-pustuleux qui appartient à d'autres affections.

c. L'*aspect particulier de la lésion*, difficile à décrire comme tout ce qui est relatif à la forme ou à la *physionomie* des objets, et dont la connaissance ne s'acquiert que par l'habitude (il en est ainsi dans l'*expertise* des antiquités, des objets d'art, etc.). — Rien dans cet aspect qui rappelle la description classique du chancre. Il s'agit d'une *érosion* particulière des muqueuses ou de la peau ; érosion formant plutôt un *relief* qu'une excavation, et ne ressemblant nullement aux ulcérations *naissantes* de la peau ou des membranes muqueuses.

d. Constatation de la *couche diphthéritique* centrale dont nous avons lon-

guement parlé ; diphthérie *qui ne recouvre qu'incomplètement l'érosion initiale*, et constitue comme une sorte d'îlot central, séparé des parties saines par une bordure plus ou moins large, de couleur rouge ou rosée, et formée par le tégument cutané ou muqueux excorié.

2° *Diagnostic du chancre infectant à la période d'état.* — Fondé sur l'examen de la *surface* et de la *base* de l'ulcération ; — sur la recherche et la constatation des symptômes concomitants (induration des ganglions et des vaisseaux lymphatiques, etc.).

Nous avons admis deux *formes* dans le chancre infectant :

La plus commune, le *chancre infectant avec induration;*

Le *chancre infectant sans induration.*

Nous devons tenir compte de ces variations dans la *forme* du chancre lorsqu'il s'agit de l'étude de son diagnostic.

Le diagnostic du chancre infectant de *forme indurée* est généralement facile. — Il doit surtout être basé sur les caractères de l'induration. Nous les rappelons : elle est plus étendue que la surface érodée ou ulcérée du chancre ; elle le déborde ; on peut la délimiter ou la circonscrire par le toucher; elle se forme progressivement et lentement; elle augmente au fur et à mesure que l'érosion ou que l'ulcération se cicatrise ; dans le plus grand nombre des cas, enfin, elle persiste après la guérison du chancre.

C'est surtout dans le chancre induré conservant l'aspect ou la forme d'une *excoriation* ou d'une *érosion* que l'induration est pathognomonique, et les cas sont fréquents dans lesquels le diagnostic du chancre infectant est possible par la seule constatation de cette induration.

En outre, dans l'*excoriation* chancreuse indurée, à la période d'état, l'aspect de la surface du chancre, comme cela a lieu dans le chancre au début, vient singulièrement en aide au diagnostic. Cette surface est peu ulcérée, et présente encore l'aspect diphthéritique si caractéristique de la période de début.

Dans le chancre induré avec ulcération de la surface, l'induration étant moins typée, le diagnostic est moins facile. Mais dans l'un et l'autre cas, l'existence des symptômes concomitants (ganglions et vaisseaux lymphatiques indurés dans le voisinage du chancre) vient en aide au diagnostic. En effet, l'extrême fréquence des adénopathies, et surtout leur développement précoce, est un signe précieux dans le diagnostic du chancre infectant.

Le diagnostic du chancre infectant sans induration, présente, au contraire, d'assez grandes difficultés, en raison de la ressemblance que cette circonstance établit entre le chancre infectant et le chancroïde. — Nous reviendrons sur ce point du diagnostic du chancre infectant, dans le parallèle que nous aurons à établir entre le chancre vrai et le chancroïde. Di-

sons, par anticipation, que l'absence ou l'existence des symptômes concomitants du chancre infectant, la physionomie de l'ulcération, et surtout l'inoculation du produit de sécrétion de l'ulcération, inoculation qui est négative quand il s'agit d'un chancre vrai, et positive, lorsqu'on a affaire à un chancroïde, permettent de différencier ces deux affections.

3° *Diagnostic du chancre infectant à la période de déclin et de terminaison.* — Persistance de quelques-uns des signes de la période précédente, tels que l'induration de la base du chancre, l'engorgement des ganglions et des lymphatiques situés dans le *rayonnement* du chancre. Mais les signes les plus importants sont ceux fournis par l'état général ou constitutionnel du malade. Il est souvent possible, à ce moment de la durée du chancre infectant, de constater l'existence de quelques-uns des symptômes prodromiques de la syphilis généralisée (céphalée, douleurs dans les membres, particulièrement dans le voisinage des articulations, etc.), et même quelques-unes des premières manifestations de l'infection générale sur la peau et sur les membranes muqueuses (exanthèmes, papules muqueuses, etc.). Nous le répétons, l'apparition des symptômes généraux de la période dite secondaire constitue le signe par excellence, le signe pathognomonique du chancre infectant. L'absence de ces symptômes acquiert une grande importance dans le diagnostic de quelques-unes des affections avec lesquelles on peut confondre le chancre infectant (affections épithéliales, lupus, cancers, etc.). Il importe donc beaucoup de connaître quel est l'intervalle de temps qui s'écoule entre le début du chancre infectant et l'apparition des symptômes généraux : l'étude de ce point de la syphiliologie nous occupera d'une manière toute particulière dans le chapitre consacré à la syphilis constitutionnelle.

En décrivant l'induration du chancre, nous avons dit qu'il est des cas dans lesquels cette induration disparaît très-rapidement, ce qui arrive surtout dans les érosions chancreuses les plus superficielles, celles qui ont été désignées sous le nom de *chancres parcheminés*. Cette circonstance peut facilement conduire à une erreur de diagnostic, erreur qui consiste à méconnaître le chancre, et cela à cause du peu d'importance que l'on accorde aux derniers vestiges de l'induration ou de l'érosion elle-même : nous avons commis cette erreur dans les circonstances suivantes :

OBS. — A la fin de l'année 1853, un officier, alors en garnison à Fontainebleau, nous manda auprès de lui, voulant, disait-il, avoir notre opinion sur une maladie pour laquelle un traitement mercuriel avait été jugé nécessaire. M. X... portait dans chaque aine un engorgement ganglionnaire volumineux présentant les caractères du bubon strumeux.

Une exploration attentive des organes génitaux ne nous fit découvrir rien de suspect, si ce n'est une *tache* rouge sur un point de la muqueuse préputiale. — Le malade avait le prépuce long ; il nous dit qu'il était fréquemment atteint d'érosions et

d'écorchures de la muqueuse préputiale, et qu'il avait souvent observé sur cette région des taches analogues à celle que nous lui signalions.

Nous déclarons que les adénites inguinales ne sont pas de *nature*, c'est-à-dire de cause syphilitique; nous conseillons un traitement ioduré, les amers, etc.

Trois semaines environ après cette première visite, le malade nous écrit qu'il est atteint d'une éruption, et nous rappelle auprès de lui. — Nous constatons l'existence d'une roséole syphilitique, d'une angine exanthématique, et d'une tuméfaction douloureuse de la clavicule droite, chose assez rare à la période de début de la syphilis généralisée.

Nous ne mettons pas en doute que dans ce cas nous avons eu affaire à une syphilis constitutionnelle ayant été précédée, d'un chancre infectant érythématique, de la muqueuse préputiale, chancre dont la *tache rouge* signalée plus haut, était le dernier vestige, et auquel il fallait rapporter les engorgements ganglionnaires des aines, engorgements dont le volume insolite avait surtout contribué à notre erreur de diagnostic.

Obs. — Il y a quelques jours, un de nos élèves nous a adressé un jeune négociant étranger, afin qu'il reçût de nous l'assurance qu'il s'alarmait vainement d'une érosion cicatrisée et à peine indurée (malgré une cautérisation au nitrate d'argent), siégeant sur la muqueuse du prépuce. — L'existence d'engorgements ganglionnaires dans les deux aines, bien que ces engorgements fussent très-peu marqués, appela notre attention et nous donna tout de suite l'idée que l'affection du prépuce *pouvait* être une excoriation chancreuse. — L'examen de la région abdominale nous fit découvrir une roséole au début.

Ces cas ne sont pas rares : nous les signalons à l'attention des cliniciens. Notre conviction est que ce sont particulièrement ces chancres érythématiques ou superficiels de peu de durée, ne laissant pas de cicatrices, et ayant parfois une très-petite étendue, qui échappent à l'observation et grossissent le nombre des cas dans lesquels on peut croire que la syphilis constitutionnelle a débuté sans lésion initiale ou primitive.

La présence des adénopathies concomitantes du chancre infectant, et parfois aussi l'existence de lésions syphilitiques précoces (exanthèmes, papules muqueuses, angines, etc.), sont les seuls points de repère du diagnostic dans ces cas insidieux.

L'extrême fréquence des cas dans lesquels le chancre infectant se présente sous la *forme* d'une érosion ou d'une excoriation indurée, ne doit pas nous faire oublier que cette forme du chancre vrai n'est pas la seule que l'on observe. Le praticien qui prendrait pour type unique de l'ulcère primitif l'*érosion chancreuse indurée*, commettrait autant d'erreurs de diagnostic qu'il rencontrerait de cas dans lesquels le chancre infectant est ulcéré ou manque d'induration; ou bien encore, autant que de cas dans lesquels les *complications* (inflammation, phagédénisme, gangrène) viennent si complétement changer l'aspect de l'accident primitif.

Affections avec lesquelles on peut confondre le chancre infectant.

Après avoir exposé les signes diagnostiques du chancre infectant, nous devons parler des affections avec lesquelles on peut le confondre.

On peut confondre le chancre infectant avec des affections très-diverses, surtout lorsqu'il s'agit d'affections siégeant sur les organes génitaux, ou dans leur voisinage.

Parmi ces affections, le chancre simple, le chancroïde tient le premier rang. Combien de rapports, en effet, cette dernière affection n'a-t-elle pas avec le chancre infectant? Communauté de siége, les organes génitaux; même fréquence, même origine contagieuse, c'est-à-dire même antécédent, le plus ordinairement l'acte génital; analogie dans les symptômes, les complications, etc. — Nous devrions donc établir tout d'abord le diagnostic différentiel du chancre vrai et du chancroïde. Nous ne le ferons pas ici, parce qu'il nous semble que ce parallèle des deux affections ne peut être complet qu'après la description du chancroïde. — Nous réserverons donc ce point important de syphiliologie.

La description *classique* du chancre ne s'appliquant nullement au chancre infectant dans sa forme la plus commune, l'*érosion chancreuse*, avec induration ou sans induration, les cas sont très-fréquents dans lesquels le chancre est méconnu à la période de début, et parfois aussi pendant toute sa durée, ce qui arrive particulièrement lorsque le chancre est de petite étendue. Dans ces cas-là, on croit à l'existence d'*érosions simples*, d'*excoriations* insignifiantes, en un mot à quelques-unes de ces affections innominées de la muqueuse génitale chez les deux sexes. Il nous arrive assez fréquemment de voir des malades atteints de chancres qui ont été méconnus par des médecins pleins de savoir et d'expérience. — Il y a un an, un de nos confrères vint, par prudence, nous disait-il, soumettre à notre examen une érosion de la muqueuse préputiale, dans le voisinage du frein, du côté droit. — On ne saurait croire quel fut son étonnement lorsque nous lui annonçâmes qu'il s'agissait, malheureusement pour lui, d'un chancre infectant (diagnostic que confirmèrent plus tard les accidents constitutionnels). Il avait cru à l'existence d'une excoriation *simple* de la muqueuse préputiale.

La confusion si facile entre les *excoriations simples*, les *érosions*, les *écorchures*, etc., de la muqueuse génitale n'avait pas échappé à la sagacité d'un grand clinicien : Delpech s'exprimait ainsi en parlant de ces chancres insidieux : « Le chancre affecte souvent la forme d'un petit *bouton*, ou celle d'une *simple excoriation*. Les malades ne peuvent se persuader que l'on puisse attacher quelque importance à un symptôme aussi

passager, et qu'ils appellent ordinairement un *échauffement*..... C'est cette forme fugace que les praticiens ont à peine aperçue, etc. » (1)

La connaissance de la forme et de l'aspect du chancre infectant à sa période de début suffit, dans la plupart des cas, pour distinguer les érosions, les excoriations simples, les exfoliations épidermiques, etc., de la muqueuse génitale, du chancre érythématique. Mais nous ne dissimulons pas que ce diagnostic différentiel peut être fort difficile dans quelques circonstances. — La marche de l'affection, sa durée généralement courte dans les érosions simples, plus longue dans le chancre de forme érythématique, l'absence d'engorgements ganglionnaires, constituent alors de précieux éléments de diagnostic.

L'*herpès* des organes génitaux chez l'homme et chez la femme, est peut-être de toutes les affections des organes sexuels celle que l'on confond le plus souvent avec le chancre infectant, et cela parce que le chancre infectant naissant est généralement peu connu des médecins.

L'herpès est une éruption vésiculeuse, *passant rapidement à l'état d'exulcération ou d'ulcération.* — Le début du chancre infectant par une vésicule ou une pustule est extrêmement rare; nous ne l'avons jamais constaté *de visu* (2).

Dès les premiers jours de l'existence d'un herpès, il est facile de constater que la partie malade est le siége d'un véritable travail ulcératif. En effet, en l'observant avec attention, on constate facilement que les points affectés, même dans l'herpès le moins intense ou le moins aigu, présentent une surface exulcérée, inégale, que nous comparons volontiers aux érosions produites par certains acides sur le fer ou sur le cuivre; cette exulcération est *nettement* circonscrite par une bordure d'épiderme ou d'épithélium. — Après quelques jours de durée seulement, ou dès les premiers jours dans l'herpès, l'ulcération est bien caractérisée; ses bords semblent avoir été faits à l'emporte-pièce; *son fond, situé au-dessous des parties environnantes*, est recouvert d'une matière qui ressemble à un détritus organique ou à une escarre superficielle.

Dans le chancre infectant à la période de début, seule période pendant laquelle le chancre puisse être confondu avec l'herpès, la lésion est bien différente. Au lieu d'une ulcération, c'est-à-dire d'une affection ayant un fond déprimé et des bords bien circonscrits, il s'agit d'une *érosion* particulière, *sui generis;* sans bords taillés à pic ; n'ayant point ce fond pultacé commun à l'herpès et au chancroïde; formant enfin une *saillie* plus ou moins prononcée, sur les parties où elle siége, et n'étant qu'*incomplé-*

(1) *Considérations sur les maladies vénériennes*, p. 299. (Clinique de Delpech.)

(2) On observe assez souvent l'herpès des organes génitaux à l'état vésiculo-pustuleux. Si le chancre infectant débutait de la même manière, pourquoi ne constaterait-on pas, quelquefois au moins, son existence à l'état vésiculeux?

tement recouverte d'une couche pseudo-membraneuse qui paraît plus ferme et plus résistante que celle de l'herpès.

La marche et la durée de l'herpès diffèrent d'ailleurs singulièrement de celles du chancre ; en sorte que si pendant les premiers jours il y avait incertitude sur la nature de l'affection que l'on observe, la tendance de l'herpès à la guérison, la persistance du chancre et sa tendance à l'agrandissement éclaireraient le diagnostic.

Nous rappellerons, en outre, que l'herpès est très-fréquemment constitué par un *groupe* de vésicules ou d'*ulcérations multiples*, tandis que le plus souvent le chancre infectant est unique ou solitaire.

Les *ulcérations des organes génitaux consécutives aux opérations* pratiquées sur ces organes (excisions de végétations, etc.) peuvent simuler le chancre à sa période d'état, si l'on n'est pas renseigné sur leur cause. — Quel est le chirurgien ayant pratiqué la circoncision, par exemple, qui n'a été frappé de l'aspect grisâtre et *piqueté* que prennent si souvent les parties de l'incision dans lesquelles la réunion immédiate n'a pas eu lieu? Ces plaies rappellent si bien certaines formes du chancre, du chancroïde surtout, qu'il nous est arrivé plusieurs fois, chez nos opérés de la circoncision ou du phimosis par incision, de croire à l'existence de chancres, et de penser que nos instruments avaient pu donner lieu à ce résultat fâcheux. La guérison parfois très-lente de ces ulcérations ne suffisait pas toujours pour dissiper nos doutes et nos craintes.

Il est une circonstance qui rendrait la confusion presque inévitable entre les *ulcérations simples* des organes génitaux et le *chancre induré type*, si l'on se fondait sur les seuls caractères de l'induration pour établir le diagnostic du chancre infectant : c'est lorsqu'une plaie simple des organes génitaux a été cautérisée un peu fortement. Il se produit alors dans la partie malade une *induration fibro-plastique inflammatoire* ayant parfois *tous* les caractères des indurations *les mieux typées* du chancre infectant. — La démonstration de ce fait est facile ; nous la donnons de temps en temps aux élèves de notre dispensaire. Voici comment :

Après avoir excisé quelques végétations de la muqueuse préputiale, nous touchons avec le nitrate acide de mercure les plaies résultant de cette petite opération. Quelques jours après cette cautérisation, la base de chacune des plaies présente une induration si bien circonscrite, si résistante à la pression des doigts, que, nous le répétons, il faut être averti pour ne pas commettre une erreur de diagnostic.

Le chancroïde étant une ulcération, on peut lui donner artificiellement, et par la cautérisation, une base indurée si analogue à celle du chancre infectant, qu'ici encore une erreur de diagnostic sera commise bien facilement si l'on ignore quelle a été la cause de cette induration *factice*

signalée depuis longtemps par M. Ricord. — A l'appui de cette assertion, nous rapporterons le fait suivant :

Obs. — Au mois de juin 1858, un malade de notre dispensaire présentait deux chancroïdes types du sillon glando-préputial. *Une inoculation expérimentale avait été pratiquée sur le fourreau de la verge au début des ulcérations, et avait été positive.*

Ces chancroïdes *traînant en longueur*, comme le disait le malade, nous appliquâmes sur chacun d'eux une couche de caustique de Vienne qui modifia favorablement leur surface, et donna lieu à des indurations ayant une telle ressemblance avec celles du chancre infectant de forme indurée, qu'une erreur de diagnostic nous paraissait devoir être commise fatalement si le malade se présentait à l'hôpital du Midi, *et taisait la cause de l'induration.* — L'expérience fut faite, l'erreur commise, et le malade soumis à l'usage des pilules de proto-iodure de mercure,—Nous devons ajouter que le malade accepta et le diagnostic et le traitement de l'hôpital du Midi, pensant que l'erreur était de notre côté.

Il est un signe qui peut servir de point de repère dans ces cas insidieux d'indurations non spécifiques, des plaies ou des ulcérations des organes génitaux : à savoir, l'absence des symptômes concomitants du chancre induré, c'est-à-dire l'absence des engorgements ganglionnaires des aines. Il est d'observation, en effet, que les affections ulcéreuses *simples* des organes génitaux, qu'elles soient consécutives à des opérations ou à des cautérisations, ne donnent pas lieu à des engorgements ganglionnaires : nous avons déjà dit que les adénopathies concomitantes du chancre induré existaient presque constamment. — Il est inutile d'ajouter que les ulcérations simples ne sont pas suivies d'infection générale.

Ce que les caustiques peuvent faire sur une plaie, sur une ulcération simple et snr un chancroïde, ils peuvent le produire sur la muqueuse saine des organes génitaux, c'est-à-dire que leur application sera suivie d'affections ulcéreuses qui réuniront quelques-uns des caractères du chancre. — Qu'un individu, par un motif quelconque, veuille simuler un chancre, il y réussira très vraisemblablement, en appliquant un fragment de potasse caustique sur un point des organes génitaux, et une erreur de diagnostic pourra être commise si l'on n'est pas prévenu de la supercherie : Fricke (de Hambourg), Parent-Duchâtelet, plusieurs chirurgiens militaires, ont signalé des méprises de ce genre.

Ce que nous venons de dire de l'absence des adénopathies, et des lésions constitutionnelles, est applicable aux ulcérations produites par les caustiques.

Les *ulcérations simples*, l'*herpès*, les *plaies* soumises ou non à l'action des caustiques, les *ulcérations* produites par des substances escharotiques, ne sont pas les seules affections que l'on peut confondre avec l'ulcère syphilitique primitif. Il est d'autres lésions de *forme* ulcéreuse,

particulièrement dans les cas où elles siégent sur les organes génitaux, chez l'homme et chez la femme, qui ont parfois une très grande ressemblance avec le chancre infectant *induré* et ulcéré ; ce sont :

1° Les ulcérations de la peau et des membranes muqueuses désignées autrefois sous les dénominations de *lupus*, de *noli me tangere*, de *dartre rongeante* ou *esthiomène*, appelées aujourd'hui *cancroïdes* (Lebert), mot auquel tend à se substituer celui d'*épithélioma*, créé par Hannover et adopté par M. Ch. Robin ;

2° Certaines formes du cancer ;

3° Quelques-unes des lésions syphilitiques constitutionnelles, particulièrement celles de forme ulcéreuse.

Les *affections épithéliales* ont plus d'une ressemblance avec le chancre infectant de forme ulcéreuse, surtout lorsque ces affections se développent sur les organes génitaux, cas plus fréquent qu'on ne pense, particulièrement chez les femmes (1). Ces affections se présentent ordinairement sous l'aspect d'*ulcérations* indurées et sanieuses, ayant un fond grisâtre, des bords durs et relevés paraissant parfois comme cicatrisés. — Elles sont indolentes ou peu douloureuses ; leur marche est essentiellement lente, leur durée fort longue. On les observe surtout chez les sujets scrofuleux, chez ceux atteints de tubercules pulmonaires ou prédisposés à la phthisie.

Voici par quels caractères elles diffèrent du *chancre infectant*, caractères qui nous ont permis, dans les cas déjà nombreux que nous avons observés, de les distinguer de l'ulcère syphilitique primitif.

Les épithéliomas sont très rarement accompagnés d'engorgements ganglionnaires : dans ceux que nous avons observés sur les organes génitaux, chez l'homme et chez la femme, il n'existait pas d'adénites inguinales, malgré la longue durée de l'affection.

Dans le chancre infectant, quelle que soit sa *forme*, les adénites font très-rarement défaut, surtout après les deux ou trois premières semaines qui suivent son début.

Nous devons dire cependant, que notre opinion sur la rareté des indurations ganglionnaires dans le voisinage des épithéliomas, a contre elle l'autorité si grande et si méritée de M. Ch. Robin. Voici ce que nous lisons à ce sujet : « L'épithélioma se montre fréquemment dans les ganglions les plus proches de la portion de peau ou de muqueuse malade, en même temps que dans ces membranes ou à peu près. » (*Nysten*, art. ÉPITHÉLIOMA.) Il est donc important de connaître le fait de l'existence des indu-

(1) Les ulcérations de la vulve désignées à Saint-Lazare sous le nom de *chancres chroniques*, ne sont autre chose que l'épithélioma vulvaire, ou esthiomène de la vulve, si bien décrit par M. Huguier. (*Mém. de l'Acad. imp. de méd.*)

rations ganglionnaires dans les affections épithéliales, ces adénites pouvant singulièrement contribuer aux erreurs de diagnostic.

Il est heureusement un signe qui permet, *dans tous les cas*, de différencier les ulcérations dites épithéliales du chancre infectant : ce signe réside dans la non-existence des accidents syphilitiques constitutionnels pendant la durée des épithéliomas. Expliquons-nous sur ce point important du diagnostic.

Il est bien évident que les affections épithéliales n'étant pas syphilitiques, les symptômes généraux de la syphilis ne se manifestent pas pendant leur existence, à moins de coïncidence possible, mais bien rare, d'un épithélomia, chez un vérolé. — Il n'en est pas de même pour le chancre infectant. Pour peu que sa durée se prolonge au delà de huit à dix semaines, et surtout au delà de ce temps, on trouve toujours à ce moment, quelques-unes des lésions qui caractérisent la syphilis constitutionnelle, lésions qui sont comme la démonstration éclatante de la nature de l'ulcération dont le diagnostic a pu être embarrassant.

Il s'agit donc, dans un cas de diagnostic difficile, de connaître l'*âge* ou la durée des ulcérations, et de constater sur le malade l'existence ou la non-existence des accidents généraux syphilitiques (en tenant compte de l'intervention ou de la non-intervention des traitements mercuriels que le malade a pu subir, et qui ont pour effet de retarder les manifestations de la syphilis), pour juger, si l'ulcération sur laquelle on doit porter un jugement, est un chancre induré ou un épithélioma.

Les deux observations suivantes, intéressantes à plus d'un titre, confirment ce que nous venons de dire relativement au diagnostic différentiel du chancre infectant et des affections épithéliales.

Obs. — Vers le milieu du mois d'avril 1851, un homme de quarante-trois ans, le nommé J..., afficheur, d'une assez pauvre constitution, vint au dispensaire pour y être traité d'une ulcération qu'il portait sur le pénis. — Cette ulcération siégeait sur la face dorsale de la verge, un peu en arrière de la couronne du gland. Elle était constituée par une cavité anfractueuse et profonde : sa longueur était de 2 centimètres 1/2 et sa largeur de 1 centimètre ; sa surface était grise et pultacée, saignant facilement et donnant lieu à un suintement sanieux abondant ; les bords de cette ulcération étaient durs et épais.

Une deuxième ulcération, de l'étendue d'une lentille, siégeait très-près de celle que nous venons de décrire, et communiquait avec elle par un trajet fistuleux. *Les ganglions de l'aine étaient à l'état normal. — Il n'existait aucune lésion syphilitique constitutionnelle : le malade n'avait jamais eu la syphilis.*

Les renseignements fournis par le malade furent ceux-ci : L'ulcération principale avait commencé par un groupe de vésicules qui s'était lui-même manifesté quelques jours après un coït exercé avec une femme publique, vers la fin du mois de septembre 1849. — Plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent et le chlorure d'or avaient été pratiquées sur l'ulcération, et cela sans résultat.

Au mois de novembre 1850, *treize mois* après le début de l'affection, J... se pré-

senta à l'hôpital du Midi. M. X... diagnostiqua un chancre induré, et lui prescrivit des pilules mercurielles (deux par jour d'abord, et jusqu'à huit) : des accidents du côté de la bouche en firent cesser l'emploi.

Le 31 janvier 1851, le diagnostic du chirurgien de l'hôpital du Midi fut modifié par lui-même, et il inscrivit sur la feuille de consultation (que nous possédons) : « Chancre reposant sur une base épaissie. — Iodure de potassium, lotions d'eau de savon. »

Cette médication fut continuée jusque vers le milieu du mois de mars, et J... était dans l'état que nous avons décrit plus haut lorsqu'il se présenta à notre dispensaire (avril 1851).

L'absence d'engorgements ganglionnaires des aines, et surtout le long temps écoulé depuis le début de l'ulcération (dix-huit mois) sans qu'il fût survenu aucun accident secondaire ni tertiaire, nous firent penser qu'il ne s'agissait pas d'un chancre infectant, mais bien d'une affection épithéliale. Le malade fut opéré par nous le 15 mai, et guérit rapidement.

Nous avons revu J... en octobre 1858, c'est-à-dire plus de sept ans après l'opération; il n'y a pas eu de récidive de l'affection épithéliale, et la santé de J... n'a pas subi la moindre altération depuis cette époque.

Obs. — Dans le courant de l'année 1855, M. Barabant, pharmacien chez M. Mialhe, nous adressa un jeune homme atteint d'une affection grave du pénis. — Ce jeune homme, pâle, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, ayant une vie sédentaire (employé dans une maison de banque), était affecté depuis *huit mois*, au moment de notre premier examen, d'une ulcération siégeant sur un des côtés du gland, dont une portion était détruite, et s'étendant entre la peau de la verge et les corps caverneux à une distance que nous ne pûmes pas très bien préciser.

Les ganglions lymphatiques de l'aine n'étaient le siége d'aucune altération. Il n'existait aucun symptôme de syphilis constitutionnelle. — Le malade fut mis par nous à l'usage du quinquina, des boissons acides, de l'iodure de fer, et fit des injections (il y avait phimosis) entre le gland et le prépuce avec une solution d'azotate d'argent au dixième. — Nous avions diagnostiqué un *esthiomène* de la muqueuse génitale, nous fondant sur l'absence d'engorgements ganglionnaires des aines, sur la non-existence d'accidents syphilitiques constitutionnels, sur la longue durée de l'ulcération, sur une inoculation expérimentale négative, inoculation pratiquée au point de vue du diagnostic du chancroïde, et enfin sur la constitution éminemment lymphatique du malade.

Pendant le cours de ce traitement, le malade consulta un médecin très distingué des hôpitaux, feu le docteur Legendre, de si regrettable mémoire, qui considéra l'affection de M. X... comme étant un chancre induré, et prescrivit un traitement mercuriel.

Le malade nous ayant informé de cette consultation, nous dûmes lui dire que notre opinion sur sa maladie était trop différente de celle de notre confrère pour qu'il nous fût possible de lui continuer nos soins. — M. X..., s'excusant, nous pria de reprendre la direction de son traitement. — Deux mois après, il était entièrement guéri. — Il n'est survenu depuis cette époque aucune affection syphilitique constitutionnelle.

Les *ulcérations cancéreuses*, particulièrement celles qui ont leur siége sur les organes génitaux, sur les lèvres et sur la langue, peuvent simuler le chancre infectant à tendance phagédénique, c'est-à-dire le chancre induré ulcéré. Ces affections ont, en effet, plus d'un trait de ressemblance,

et la présence d'engorgements ganglionnaires dans leur voisinage, dans les deux cas, ne fait qu'ajouter aux difficultés du diagnostic.

Cependant ce diagnostic est possible. Nous venons de le dire à propos de l'épithélioma, il repose sur ce fait important que les accidents syphilitiques constitutionnels, suivant de près le début du chancre infectant, quelles que soient sa forme et sa durée, leur présence ou leur absence décèle la nature de l'ulcération.

Lors donc qu'un malade porte depuis plus de deux ou trois mois, une ulcération qui n'est pas *accompagnée* de quelques-uns des symptômes de la syphilis généralisée (exanthèmes, papules muqueuses, angine, etc.) il est permis d'affirmer que cette ulcération n'est pas un chancre infectant.

Quant aux ulcères *suspects* qui seraient plus récents, leur diagnostic n'est possible que par l'analyse rigoureuse de leurs symptômes, de leur marche, etc., et par la connaissance des circonstances dont nous avons longuement parlé dans l'étude de la contagion du chancre appliquée à son diagnostic.

Nous verrons que le traitement antisyphilitique (mercuriel et iodé) a une influence manifeste et prompte sur le chancre infectant : il pourra donc être employé comme moyen complémentaire de diagnostic dans les cas difficiles.

Lésions syphilitiques constitutionnelles. — Il n'est pas toujours facile de distinguer certaines lésions consécutives de la syphilis, du chancre infectant. Ainsi la *papule muqueuse naissante*, la *papule muqueuse ulcérée*, l'*ecthyma*, les *tumeurs gommeuses ulcérées*, surtout lorsque ces affections se manifestent sur les régions qui sont habituellement le siége du chancre infectant, peuvent être confondues avec lui.

Cette confusion, peu importante au point de vue pratique, puisqu'il s'agit dans tous les cas de malades ayant la syphilis constitutionnelle, nous paraît être une des causes de l'opinion erronée émise par plusieurs syphiliographes, à savoir, qu'un même malade peut être atteint plusieurs fois d'un chancre infectant. Nous reviendrons sur cette opinion à propos des *syphilis doubles :* occupons-nous seulement de la question du diagnostic différentiel, que nous venons de poser.

Les papules muqueuses génitales ulcérées, particulièrement chez la femme, ont parfois une très-grande ressemblance avec l'érosion chancreuse, et plus d'une fois nous avons été indécis de savoir, si nous avions affaire à des papules génitales ou à des chancres infectants récents. — Voici quelques signes différentiels qui pourront éclairer ce diagnostic : absence d'induration de la base des papules ; — si elles sont recouvertes de produits diphthéritiques, la diphthérite les recouvre entièrement, c'est-à-dire s'étend jusqu'aux dernières limites de la papule; tandis que dans le chancre

infectant, la diphthérite recouvre incomplétement l'érosion; un liséré excorié la circonscrit et la sépare des parties saines.

La constatation de certains symptômes concomitants, ou leur absence, devient un signe important dans ces cas difficiles; s'il s'agit de papules, il existe en même temps chez le malade d'autres lésions constitutionnelles (angine, hypertrophie des amygdales, papules sur d'autres régions, exanthèmes, macules de la peau, etc.). Si l'affection est primitive, si c'est un chancre infectant, les ganglions voisins sont indurés à un certain degré, et l'on ne constate la présence, sur la peau ou sur les muqueuses, d'aucune des lésions que nous venons de mentionner.

Il est un cas particulier dans lequel la plupart des signes dont nous venons de parler font défaut : lorsqu'il s'agit de papules muqueuses génitales (ou autres) récidivant tardivement, chez un malade qui a eu la syphilis constitutionnelle. Dans ce cas, l'absence d'hypertrophie ganglionnaire dans le voisinage de la lésion, doit faire penser *à priori* que la lésion n'est pas primitive. Mais c'est surtout par l'interrogatoire du malade, dirigé au point de vue de l'existence antérieure, ou de la non-existence de la syphilis constitutionnelle (angines, affections de la peau, alopécie, etc.), que l'on parvient à reconnaître à quel genre d'affection il faut rapporter la lésion que l'on observe. — Savoir si un malade a eu, ou n'a pas eu, quelques-uns des symptômes de la syphilis généralisée, est une donnée si importante dans le diagnostic du chancre infectant, que cette notion est pour nous un point de repère précieux dans le diagnostic différentiel qui nous occupe.

Ce que nous venons de dire de la papule muqueuse génitale, est applicable aux *affections diphthéritiques syphilitiques* des organes génitaux, des lèvres, de la langue, etc.

Les tumeurs gommeuses et les *tubercules syphilitiques ulcérés* du gland, du prépuce, du scrotum, de la vulve, du col utérin, etc., peuvent être confondus avec le chancre infectant de forme ulcéreuse. Quelques faits suffiront pour le démontrer.

OBS. — Il y a deux ou trois ans, un jeune médecin militaire, très versé dans le connaissance des maladies vénériennes, soumit à notre examen une lésion du pénis dont il était atteint, et sur laquelle il avait pensé mettre notre jugement en défaut.

Il s'agissait d'une ulcération d'*aspect* induré, siégeant dans le sillon glando-préputial, et ayant incontestablement une grande ressemblance avec le chancre infectant ulcéré de cette région.

L'absence d'engorgements ganglionnaires dans les aines, nous fit soupçonner, de prime abord, qu'il ne s'agissait pas d'un chancre infectant, mais d'un épithélioma, ou d'une tumeur gommeuse ulcérée.—Les antécédents syphilitiques du malade, évidents pour nous, dès ses premières réponses à nos questions, nous permirent de lui dire que très-vraisemblablement, son ulcération n'était autre chose qu'une infiltration fibro-plastique syphilitique, en voie d'évolution. — Le confrère avait déjà porté

ce jugement sur son affection, mais il nous avoua que si certaines circonstances (expédition lointaine, etc.) ne l'avaient pas fait s'abstenir de relations sexuelles depuis plus de six mois, il aurait cru que son ulcération était un chancre induré (1).

Obs. — Nous avons présenté à notre cours de l'École Pratique, il y a 7 ou 8 ans, un malade atteint d'une tumeur gommeuse ulcérée du scrotum, ayant la plus grande analogie de forme, d'aspect, etc. avec le chancre ulcéré de la peau. Mais il n'existait pas d'adénopathies inguinales, et les antécédents syphilitiques du malade nous étaient connus.

Obs. — Actuellement, à Saint-Lazare, une femme porte, sur l'aréole du sein droit, à la base du mamelon, une ulcération indurée, de l'étendue d'une pièce de 50 cent., qui pourrait bien facilement être prise pour un chancre induré de cette région, et qui n'est autre chose qu'un groupe de syphilide tuberculeuse ulcérée; affection dont la malade présente d'autres spécimens sur l'epaule droite, sur les cuisses, etc.

Obs. — Chez deux malades soignés par nous, à quelques mois de distance, il y a deux ans (1863) une tumeur gommeuse ulcérée, située dans l'épaisseur de la lévre inférieure, aurait pu être prise pour un chancre labial.

Sur un autre malade que nous avait adressé notre honorable confrére le D[r] Carteaux, une syphilide ulcéreuse de la peau de la lèvre supérieure, prés de la commissure droite, avait une grande ressemblance avec le chancre infectant cutané (2).

Deux circonstances importantes, dans ces cas, viennent puissamment en aide au diagnostic : l'absence d'hypertrophie dans les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la partie affectée; — les antécédents syphilitiques du malade.

§ X. — Étiologie et pathogénie du chancre infectant.

Étiologie. — *La cause* du chancre infectant est celle de la syphilis constitutionnelle elle-même. — En d'autres termes, il n'existe pas pour le chancre infectant une cause ou un virus particulier, différent ou distinct du virus syphilitique. Tous les produits de sécrétion, tous les liquides qui servent de véhicule ou de support à ce virus, ont très-vraisemblablement la propriété de faire naître sur le point où ils sont inoculés, la lésion que nous appelons un chancre infectant. Les sources ou les provenances du chancre vrai ne seront toutes connues que lorsque nous saurons exactement quels sont les liquides, pathologiques ou normaux, qui, chez un malade atteint de la syphilis, peuvent servir de véhicule au virus syphilitique.

(1) Il venait de lire le travail de M. Boulongne relatif aux individus ayant eu deux fois un chancre induré.

(2) Une de nos malades, à Saint-Lazare, porte sur la même rgion, et presque sur le même point, une lésion identique avec celle de ce malade.

Il est hors de doute que le produit de sécrétion du chancre infectant, inoculé accidentellement ou artificiellement, a la propriété de provoquer chez l'individu inoculé, le travail morbide d'où résulte un chancre infectant : les quelques faits de confrontation que nous avons cité plus haut, suffiraient pour le prouver. — *Le chancre est donc incontestablement une des sources du chancre.*

Mais le chancre est-il la seule lésion qui ait la propriété de reproduire le chancre? Cette question est pour nous adéquate à celle-ci : Le chancre est-il, parmi les lésions syphilitiques, la seule qui reproduise l'agent de transmission ou de contagion de la syphilis ?

Tous les syphiliographes qui ont précédé Hunter, et l'immense majorité de ceux qui sont venus après lui, reconnaissent que le virus syphilitique se reproduit et se multiplie dans d'autres affections que le chancre, dans les *lésions consécutives* de la syphilis, par exemple, et ils admettent que ces lésions ont la propriété de communiquer la syphilis. La plupart d'entre eux, en outre, n'établissent aucune distinction entre la contagion par le chancre, et la contagion par les accidents consécutifs. Pour eux, le produit de sécrétion des lésions constitutionnelles et primitives, transmis par contagion à un individu sain, détermine un *ulcère primitif*, un *chancre*, dans le point où il a été déposé. En d'autres mots, la lésion initiale que nous appelons aujourd'hui chancre infectant, peut être produite, suivant ces auteurs, par le contact de la sécrétion des affections dites consécutives.

Ce n'est pas ici le lieu de démontrer que les accidents constitutionnels de *forme sécrétante* (ulcères, pustules, etc.) sont contagieux. Cette démonstration est trop importante pour être faite incidemment; elle trouvera sa place dans le chapitre consacré à l'étude de la syphilis constitutionnelle. Disons seulement : 1° que l'opinion des syphiliographes sur la propriété de contagion des accidents consécutifs de la syphilis est vraie, c'est-à-dire conforme à l'observation clinique et à l'expérimentation; 2° que *la contagion accidentelle, ou l'inoculation artificielle du produit de sécrétion des affections consécutives, peut donner lieu, chez le contagionné ou l'inoculé, à un accident primitif, à un chancre infectant.*

L'*uréthrite purulente contagieuse* (blennorrhagie), et le *chancroïde* (chancre non infectant, chancre simple), peuvent-ils, étant inoculés dans les mêmes conditions que le chancre vrai, et le produit de sécrétion des accidents secondaires, c'est-à-dire à des individus vierges d'antécédents syphilitiques, donner naissance à un chancre infectant ? Oui, disent les syphiliographes qui considèrent la blennorrhagie et le chancre simple comme étant de *nature*, c'est-à-dire de *cause* syphilitique; — non, répondent ceux qui pensent que ces affections sont étrangères à la syphilis.

— Nous nous occuperons de ces questions importantes dans les chapitres consacrés à la blennorrhagie et au chancroïde. — Nos conclusions seront celles-ci : ni l'une ni l'autre de ces affections ne peut déterminer un chancre infectant.

Pathogénie. — Le chancre infectant n'étant autre chose qu'une des formes de la lésion produite par le virus syphilitique, sur le point où il a été inoculé accidentellement ou artificiellement, il en résulte que *le dépôt du virus sur un point de la peau ou des membranes muqueuses, est la première condition du développement d'un chancre infectant.*

Cette première condition suffit-elle? Incontestablement non. Des faits nombreux prouvent que le simple dépôt du virus syphilitique n'est pas toujours suivi de la formation d'un chancre.— Ainsi, chez les malades atteints d'un chancre induré, la peau et les membranes muqueuses situées dans le voisinage de ce chancre, ne sont-elles pas sans cesse en contact avec son produit de sécrétion? Cependant le chancre reste solitaire; de nouveaux chancres ne se manifestent pas sur les points contaminés ou souillés par le virus (1).

D'autres faits établissent d'une manière péremptoire, que le dépôt et le *séjour prolongé* du pus d'un chancre infectant sur la peau ou sur les muqueuses d'*un individu sain*, ne produisent pas fatalement un chancre. Ainsi, il n'est pas rare que des hommes restent indemnes de toute affection après des rapports sexuels fréquents, avec une femme atteinte d'un chancre; de même il est des femmes qui subissent impunément les approches réitérées d'un homme ayant un chancre infectant des organes génitaux. Il n'est pas de médecin spécialiste n'ayant eu l'occasion de constater de pareils faits, et nous nous contenterons d'en citer deux exemples.

Obs. — En 1845, un de nos premiers malades, un concierge, portait sur le milieu de la face dorsale de la verge un chancre induré de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, chancre qui fut suivi de roséole syphilitique, d'angine, etc. Cet homme nous avoua que, ne soupçonnant pas quelle était la nature de son affection, contractée avec une femme de mauvaise vie cependant, il n'avait cessé de cohabiter avec sa femme. Nous ne pûmes le décider à la soumettre à notre examen, mais nous avons su par lui, et cela pendant la longue durée de son traitement, que sa femme n'a été atteinte d'aucune lésion locale, ni d'aucun des symptômes de la syphilis constitutionnelle.

(1) On peut tous les jours vérifier l'exactitude de cette assertion chez les malades atteints d'un chancre infectant, et nous nous étonnons que M. Cullerier ait écrit ce qui suit : « Qu'un chancre du gland soit en contact avec le prépuce sain, il ne tardera pas à s'inoculer, si le contact est immédiat et prolongé; ce n'est certainement là que le phénomène caractéristique de l'accident primitif, le fait presque immanquable de sa nature. » (*Mém. sur l'évolution de la syphilis. Archives générales de médecine*, février 1845.)

Obs. — Le 15 juin 1857, un jeune homme, employé dans un magasin, nous consulta pour un chancre induré de l'une des lèvres du méat urinaire, et une roséole à la période de début. — Il nous apprit que la seule femme avec laquelle il avait eu des rapports sexuels était atteinte de la syphilis et soumise à un traitement.

A sa seconde visite, ce malade était accompagné de l'un de ses amis que la crainte amenait près de nous. Celui-ci avait eu de *nombreux* rapports avec la même femme que le malade précédent, et, bien qu'il fût dans un état parfait de santé, il venait nous demander si une maladie pouvait encore se *déclarer* sur lui.

Les derniers rapports de ce jeune homme avec la femme malade, datant alors de trois semaines seulement, nous lui répondîmes qu'il ne devait pas se considérer comme absolument à l'abri de la syphilis (incubation). Nous lui conseillâmes de s'abstenir de toute relation sexuelle, d'explorer tous les jours avec soin ses organes génitaux, et de venir auprès de nous s'il découvrait la plus petite érosion, le plus petit *bouton*, etc, Nous ne revîmes pas ce jeune homme, et son ami nous informa qu'il *n'avait rien eu* (1).

La génération du chancre vrai est donc soumise à d'autres conditions que le dépôt et le séjour du virus syphilitique sur nos tissus.

Quelles sont ces conditions ? — On peut dire qu'elles sont *locales* et *générales*.

1° *Conditions locales.* — Nous démontrerons bientôt que, selon toute vraisemblance, l'absorption du virus syphilitique précède la formation du chancre infectant : les conditions de cette absorption doivent donc exister sur le point inoculé. Or il est surabondamment démontré que l'épiderme et l'épithélium mettent un obstacle, le plus ordinairement insurmontable à l'absorption des venins, des poisons et des virus ; tandis que les écorchures, les érosions, les plaies superficielles de la peau et des membranes muqueuses, nous livrent en quelque sorte à l'action de ces mêmes délétères.

Il est donc incontestable que les excoriations de la peau et des membranes muqueuses, sur les points où le virus syphilitique a été déposé, constituent une condition locale éminemment favorable à la production du chancre. Nous en avons d'ailleurs la preuve dans la plus grande fréquence du chancre sur les points des organes génitaux qui s'excorient le plus facilement dans le coït.

Mais s'ensuit-il que le virus syphilitique est impuissant à produire un chancre sur des régions complétement exemptes d'érosions de l'épiderme ou de l'épithélium?

Répondre à cette question n'est pas chose facile. Comment savoir, en

(1) Nous venons d'observer un cas identique avec celui du sujet de cette observation. — Ces jours-ci, un malade atteint d'un chancre induré type, récusait notre diagnostic parceque, disait-il, un de ses amis avait eu de très-nombreux rapports sexuels avec la même femme, et n'avait absolument rien. — J'ai rappelé au malade «qu'il ne fallait qu'un coup pour tuer un loup,» et il nous a cru. — Les comparaisons nous ont toujours paru avoir plus de prise sur les malades que tous les raisonnements, et, les plus vulgaires ne sont pas les moins bonnes.

effet, *rigoureusement* si la peau ou les membranes muqueuses, dans le point où s'est développé un chancre, étaient intactes, ou excoriées au moment du dépôt du virus syphilitique? On ne peut évidemment qu'établir des conjectures à ce sujet.

Cependant, lorsque nous voyons le chancre infectant se développer sur le col de l'utérus, sur les lèvres du méat urinaire, sur les paupières, et sur la conjonctive, sur le fourreau de la verge, sur le scrotum, sur la peau du tronc et des membranes, c'est-à-dire sur des régions où il est difficile de supposer *à priori*, qu'il existait des écorchures ou des altérations quelconques de l'épiderme au moment du dépôt du virus syphilitique, ne nous est-il pas permis de penser que *le chancre peut se former sans altération préalable de l'épiderme?* — Voici deux faits qui nous paraissent singulièrement favorables à notre opinion :

Obs. — Un de nos malades, un élève en pharmacie, était atteint d'un chancre infectant du pénis dans le temps où il fit la conquête d'une jeune et jolie fille. — Connaissant bien le danger auquel il l'exposerait dans des rapprochements normaux, il usa d'une des licences prévues par le père Sanchez. — Peu de temps aprés, nous constations sur cette fille, l'existence d'un chancre induré à la partie interne et moyenne de la cuisse droite. (Vu et traité à Lourcine, par M. Gosselin.)

Obs. — Une fille de maison, envoyée à Saint-Lazare (1865) pour y être traitée d'un chancre induré de la petite lèvre gauche, fut placée dans notre service.

Quelques jours après son entrée, nous aperçûmes, par hasard, sur la partie latérale gauche du cou de cette fille, un chancre induré, de la forme et du volume d'un petit haricot. — La singularité du siége de ce chancre, nous conduisit à interroger la malade sur les circonstances qui avaient pu lui donner naissance. — Voici ce qu'elle nous rapporta : étant couchée avec un homme, et profondément endormie, elle fut tirée de son sommeil par une vive sensation de douleur à la région du cou; douleur produite par son coucheur qui « s'amusait » à lui faire, avec ses lèvres, ce que l'on appelle vulgairement *un suçon.* — Elle remarqua que cet homme avait » du mal aux lèvres. » — Le chancre se forma sur le point même où avait été opérée la succion de la peau.

Dans ces deux observations, et dans d'autres cas analogues, il y a autre chose, il est vrai, qu'un simple dépôt du virus sur la peau : le frottement auquel est soumis le point contaminé, est très-vraisemblablement la cause de la pénétration de l'agent contagieux, c'est-à-dire, la cause de la réussite de l'inoculation. — On sait que plusieurs vaccinateurs ont pu inoculer le vaccin en pratiquant des frictions sur la peau.

Ainsi, tout en admettant comme infiniment probable, qu'il est certaines parties de la peau et des muqueuses sur lesquelles le virus syphilitique peut produire une action, sans qu'il y ait préalablement, ni écorchures ni excoriations, il n'en est pas moins vrai, nous le répétons, que la condition locale la plus favorable à la production du chancre, consiste

dans l'absence d'épiderme ou d'épithélium, sur le point contaminé. Aussi la prophylaxie ou chancre compte-t-elle parmi les moyens les plus efficaces, tous ceux qui ont pour résultat de défendre le pénis contre les écorchures, pendant l'acte génital.

Il résulterait des expériences faites par Hunter et par Bru, que le produit de sécrétion d'un chancre peut être déposé sur des ulcérations simples sans produire un chancre. Un de nos anciens collègues d'internat à l'hôpital du Midi, le docteur Bartoli, ayant plusieurs fois, et sans résultat, appliqué du pus de chancre sur des ulcérations de la peau produites par des vésicatoires, avait conclu que les tissus qui sont le siége d'une inflammation ont la propriété de neutraliser le virus syphilitique (1). Les résultats négatifs des expériences de Hunter, de Bru et de M. Bartoli nous paraissent tenir à ce que ces conditions d'absorption du virus n'existent pas sur la peau ulcérée ou enflammée.

2° *Conditions générales.* — *Prédisposition.* — Suffit-il que le virus syphilitique soit déposé sur un point excorié ou dénudé de la peau ou des membranes muqueuses pour qu'un chancre prenne naissance dans ce point? — En d'autres termes, l'inoculation du chancre infectant est-elle fatale lorsque les conditions locales de l'inoculation existent?

Depuis plus de vingt-cinq ans M. Ricord répond affirmativement à cette question. Suivant lui, « que l'inoculation soit faite sur la peau ou sur la muqueuse de n'importe quelle région, il suffit d'*une légère solution de continuité, sans l'aide d'aucun acte physiologique, pour que l'effet soit fatalement produit;* il n'y a pas ici, comme pour la variole et le vaccin, de *réfractaires* à l'accident primitif, pas de privilége d'idiosyncrasie; l'égalité la plus parfaite existe en présence d'une pointe de lancette chargée de matière virulente... Je le répète, et je suis prêt à le prouver aux incrédules, s'il en existe encore, le *pus du chancre est* FATALEMENT INOCULABLE...... *Toujours* l'inoculation faite avec le pus provenant de l'accident primitif, avec le pus des chancres dans les conditions que je viens de rappeler, a produit des résultats identiques, *que l'expérimentation ait eu pour sujet le malade qui avait fourni le pus, ou bien que le pus, ainsi que l'ont fait plusieurs expérimentateurs, ait été inoculé d'un individu malade à un individu sain.* » (11[e] *Lettre*, p. 86 et 87.)

Contrairement aux opinions et aux assertions de M. Ricord, l'inoculation expérimentale et les faits cliniques démontrent :

1° Que le virus syphilitique est soumis à la plupart des lois qui régissent les maladies virulentes;

2° Que les conditions locales de l'inoculation ne suffisent pas pour que le chancre reproduise le chancre;

(1) *Syphilis et scrofules.* (Dissert. inaug.). Paris, 1845.

3° Qu'il est des sujets réfractaires au chancre, quel que soit le mode d'inoculation auquel on les soumette;

4° Qu'un état particulier de l'organisme, désigné par tous les pathologistes sous le nom de *prédisposition*, est la condition *sine quâ non*, de la production du chancre infectant et de la syphilis constitutionnelle.

Voici, très-sommairement, les preuves de ces propositions.

Nous avons démontré, dans le paragraphe précédent, que lorsqu'un malade portant un chancre infectant, était soumis à l'inoculation du produit de sécrétion de son chancre, l'inoculation était négative, et nous avons rapporté *dix-huit* observations à l'appui de ce fait important. — Or, ces inoculations négatives ne sont-elles pas une preuve que l'inoculation du chancre n'est pas fatale? N'établissent-elles pas d'une manière péremptoire que les *conditions locales* de la formation du chancre ne suffisent pas à la génération de cette affection? En effet, dans ces inoculations, le virus était mis en rapport avec la peau dénudée; le virus était pris sur un chancre à la *période d'état*, c'est-à-dire sur une ulcération récente, et dont le produit de sécrétion est éminemment contagieux. Cependant l'inoculation échouait. Pourquoi? — Parce que le malade qui porte un chancre infectant est un malade *diathésé*, avons-nous dit, c'est-à-dire un malade qui a la syphilis constitutionnelle, et que l'inoculation itérative des virus chez les diathésés, est ordinairement négative. Ces inoculations négatives démontrent donc pleinement que, sans la préexistence de l'état particulier de l'organisme que tous les pathologistes appellent *prédisposition*, le chancre infectant ne peut pas se produire; ce qui prouve, en outre, que le chancre infectant n'est pas une maladie toute locale, car s'il en était ainsi, l'inoculation devrait fatalement lui donner naissance.

Une autre preuve à l'appui de l'opinion que nous soutenons ici sur l'insuffisance des conditions locales dans la production du chancre infectant, est celle qui nous est fournie par les inoculations pratiquées avec le pus du chancre infectant sur les individus ayant ou ayant eu la syphilis constitutionnelle. Nous avons rapporté quelques-unes de ces inoculations négatives pratiquées dans ces conditions : nous y reviendrons à propos de l'étude de la syphilis constitutionnelle.

Nous devrions maintenant nous demander si l'inoculation accidentelle ou artificielle du virus syphilitique, pratiquée sur un individu sain, c'est-à-dire vierge de tout antécédent syphilitique, héréditaire ou acquis, est fatalement suivie d'un chancre infectant. L'importance de cette question ne saurait échapper au lecteur. Il ne s'agit de rien moins, en effet, que de rechercher si la prédisposition à la syphilis constitutionnelle existe chez tous les hommes, ou bien si, comme nous le voyons pour d'autres maladies contagieuses, et particulièrement pour la variole et la vaccine,

il est des individus chez lesquels cette prédisposition manquant, ils ne sont pas aptes à contracter la maladie qui nous occupe. Mais l'examen de cette question appartient au chapitre consacré à l'étude de la syphilis constitutionnelle, car sa discussion se compose d'éléments ou de faits que nous n'avons pas encore mentionnés.

§ XI. — Du pronostic du chancre infectant.

Si le chancre infectant n'était pas l'indice certain de l'existence de la syphilis constitutionnelle, chez le malade qui en est atteint, le pronostic de cette affection serait peu grave. En effet, en tant que lésion locale, le chancre infectant est une affection généralement bénigne. — Cela est surtout vrai du chancre exulcéreux, de l'érosion chancreuse. Le chancre infectant de forme ulcéreuse est plus grave parce que sa durée est plus longue, et que les tissus ou les organes sur lesquels il siége subissent des atteintes plus profondes. Mais, chose remarquable, ces altérations sont, dans presque tous les cas, moins profondes, moins graves que ne l'avaient fait pressentir la forme, le siége et la durée de l'ulcération.

Cette circonstance, favorable au pronostic, doit être rapportée à l'induration : c'est elle qui donne à certains chancres infectants la forme et l'aspect d'ulcérations graves (chancres du gland, des paupières, des lèvres, etc.). Au fur et à mesure qu'elle se résout, l'ulcération prend un meilleur aspect ; lorsqu'elle a disparu, et que le chancre est cicatrisé, il n'existe bien souvent, qu'une perte de substance insignifiante sur la région où il siégeait.

Les états pathologiques qui compliquent le chancre infectant, doivent être pris en grande considération, dans le pronostic de cette affection.

Le *phagédénisme* prolonge la durée du chancre, mais, dans aucun cas, il ne prend les proportions que nous lui verrons atteindre dans le chancroïde.

La *gangrène* est fort rare dans le chancre infectant ; elle est d'ailleurs ordinairement limitée à une partie de l'ulcération, et particulièrement à la surface.

L'*inflammation*, complication fréquente, donne lieu à des symptômes plus graves en apparence qu'en réalité, dirons-nous ; elle cède facilement à l'emploi de la médication antiphlogistique locale, aidée du repos et du régime.

Nous avons dit (p. 87) que le *phimosis*, et le *paraphimosis* étaient des complications peu graves lorsqu'elles se produisaient chez un malade atteint d'un chancre infectant ; tandis que nous les verrons constituer des états morbides d'une certaine gravité, lorsqu'ils compliquent le chancre

non infectant. — La cause de cette différence réside, d'une part, dans les propriétés des deux chancres relativement à leur auto-inoculation, et d'autre part, dans leur tendance différente vers la guérison.

La très-grande efficacité du traitement anti-syphilitique, local et général, dans tous les cas de chancres infectants, est encore une circonstance favorable à noter dans le pronostic de cette affection. Nous avons vu bien souvent, chez les malades de la classe ouvrière principalement, des chancres de mauvais aspect, accompagnés d'inflammations et de tuméfactions considérables des parties circonvoisines, s'améliorer et guérir rapidement sous l'influence de la médication spécifique, aidée d'un peu de repos et du régime.

La signification pathologique du chancre infectant, son pronostic réel, réside surtout dans *la nature* de la lésion. — Nous allons, à ce propos, entrer dans quelques considérations nouvelles qui nous conduiront, nous l'espérons, à des vues plus générales et plus complètes, sur le chancre infectant, que celles exposées jusqu'à présent.

Il est hors de contestation que dans la syphilis transmise par contagion, c'est-à-dire par inoculation accidentelle ou artificielle, une lésion particulière se manifeste d'abord sur le point où le virus a été inoculé.

Cette lésion, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, a été considérée jusqu'ici, comme une affection *sui generis*, n'ayant aucun rapport avec les lésions qui caractérisent la syphilis généralisée. Une étude attentive de la lésion d'inoculation, sous ses différentes formes, et à ses diverses périodes, nous a amené à voir dans l'accident primitif de la syphilis inoculée, dans le chancre infectant, une affection où se produisent et se manifestent les différents états pathologiques particuliers à la syphilis constitutionnelle elle-même. En d'autres termes, suivant nous, le virus de la syphilis provoque sur le point où il est inoculé, l'ensemble des réactions organiques que produit ce même virus lorsque son action s'étant généralisée, détermine la maladie diathésique désignée sous le nom de syphilis consitutionnelle.

De là, la ressemblance si grande du chancre infectant, à certaines de ses périodes, avec quelques-unes des lésions de la syphilis constitutionnelle : papules cutanées, papules muqueuses, affections diphthéritiques, ulcéreuses, etc. — Ressemblance telle, qu'elle a conduit bon nombre de syphiliographes à soutenir que la lésion d'inoculation, que l'accident primitif, consistait parfois en une papule cutanée ou muqueuse; — Ressemblance qui a fait dire à d'autres syphiliographes (Ricord, Davasse) que le chancre infectant se transformait parfois en papule muqueuse, ce que l'on a appelé *transformation in situ*.

De là, encore, la remarquable identité de composition histologique,

entre l'induration du chancre infectant, et le tissu fibro-plastique des *gommes*, des infiltrations plastiques diffuses (albuginite, périostite, affections tertiaires des parenchymes); — identité qui a été signalée, pour la première fois, par Wirchow (1), mais dont l'éminent anatomo-pathologiste n'a pas trouvé le sens étiologique. — Ce n'est pas seulement par sa structure, que l'induration du chancre infectant ressemble à celle des accidents tertiaires de la syphilis, son évolution est la même : disparition par atrophie, par élimination suppurative, par gangrène.

Une autre preuve de l'identité des états morbides qui constituent la lésion d'inoculation, le chancre infectant, avec les lésions de la syphilis constitutionnelle, nous est fournie par l'action des médicaments : « *Naturam morborum curationes ostendunt.* » — Nous avons déja signalé l'efficacité des préparations mercurielles dans le traitement du chancre : nous verrons que l'iodure de potassium agit aussi promptement et aussi efficacement sur l'*induration* du chancre, que sur les accidents fibro-plastiques de la syphilis généralisée.

Cette manière d'envisager le chancre infectant est d'ailleurs conforme à ce que nous savons de certaines maladies virulentes. — Que se passe-t-il en effet, dans la *variole inoculée*? Quelle est la lésion que fait naître le virus varioleux dans le point où il est inséré? Est-ce une lésion particulière, distincte ou différente de la pustule varioleuse? Nullement. — Il y a seulement entre les pustules varioleuses développées sur les piqûres d'insertion du virus, et les pustules développées sur la peau, consécutivement à l'inoculation, et que l'on pourrait appeler pustules secondaires ou diathésiques, une différence sur laquelle nous appelons l'attention du lecteur : — les pustules secondaires ne sont pas identiques avec les pustules nées dans les piqûres d'inoculation ; — elles sont moins volumineuses ; donnent lieu à des ulcérations plus superficielles ; aussi, ne produisent-elles que rarement des cicatrices ; elles sont moins graves enfin, toutes circonstances sur lesquelles reposait, on le sait, la pratique de l'inoculation de la variole.

De même, dans la syphilis inoculée, la lésion d'inoculation, le chancre infectant, n'est pas absolument identique avec les lésions consécutives, ce qui permet, le plus souvent, d'établir le diagnostic différentiel de ces affections. Mais nous devons ajouter que leur ressemblance nous rend bien compte de la confusion parfois commise au lit des malades entre les accidents primitifs et les accidents consécutifs de la syphilis.

Ces considérations ne sont pas les seules que suggère le point de vue nouveau sous lequel nous venons d'envisager le chancre infectant.

Nous verrons que la syphilis constitutionnelle ne présente pas,

(1) *La syphilis constitutionnelle.* — Trad. de P. Picard. Paris, 1860, p. 181.

chez les différents individus, des lésions identiques : ses formes sont diverses. — Eh bien ! il en est de même du chancre infectant : il y a des chancres superficiels ou exanthématiques (érosions chancreuses) ; des chancres de forme hypertrophique (chancres indurés) ; d'autres ont une tendance marquée à l'ulcération, au phagédénisme, complications que nous retrouverons dans certaines formes de lésions constitutionnelles, etc. — Or, le virus ou l'agent contagieux qui produit le chancre infectant, étant le même que celui qui donne naissance à la syphilis généralisée, il nous semble évident que les causes secondaires qui déterminent la polymorphie. c'est-à-dire les variétés dans la forme du chancre infectant, sont les mêmes que celles que produisent la polymorphie dans les accidents consécutifs de la syphilis. D'où il résulte que *la forme du chancre infectant chez un malade, peut déjà faire présager quelle sera la forme de la syphilis constitutionnelle.*

Quelques syphiliographes (Carmichael particulièrement) sont allés plus loin dans ces rapprochements : ils ont soutenu qu'il existait un rapport constant entre les *formes* du chancre primitif et les formes de la syphilis constitutionnelle ; que l'érosion chancreuse et le chancre de forme indurée (chancre huntérien), par exemple, étaient suivis de syphilides exanthématiques (roséole, papules) ; et, qu'après le chancre infectant non induré, et surtout après celui à tendance phagédénique, on observait des syphilides pustuleuses et des accidents consécutifs graves. — Il y a, nous le répétons, un grand fond de vérité dans cette manière d'envisager le chancre infectant au point de vue du pronostic de la syphilis constitutionnelle ; — Et, bien que nous ne pensions pas qu'il soit possible de dire rigoureusement, de quelles lésions syphilitiques constitutionnelles, sera suivi tel chancre infectant, dans un cas donné, nous croyons qu'il existe un rapport réel, entre la forme que prend la lésion d'inoculation, et la forme de la syphilis dont le malade sera atteint. — Pour préciser notre opinion sur ce point, nous dirons, qu'en général, l'intensité de l'accident primitif, fait préjuger quelle sera la bénignité ou la gravité de la syphilis constitutionnelle : proposition sur laquelle nous reviendrons en décrivant la syphilis généralisée.

RÉSUMÉ.

Les développements que nous avons donnés à l'étude du chancre infectant, nous mettent dans la nécessité de résumer ce chapitre : nous le ferons sous la forme de propositions.

I. — On appelle *chancre infectant* (chancre vrai, chancre induré, ulcère syphilitique primitif) une ulcération, ou une exulcération produite par le virus syphilitique, dans le point où il a été déposé ou inoculé; lésion qui est l'indice de l'existence de la syphilis constitutionnelle chez le malade qui en est atteint.

II. — Une période de temps variable, mais constante, s'écoule entre le moment où le virus syphilitique est déposé ou inoculé sur nos tissus, et celui où commence le chancre infectant. Cette période de temps constitue l'incubation du chancre.

III. — Le *maximum* et le *minimum* de durée de la période d'incubation ne sont pas suffisamment connus; la durée moyenne de cette période est de quatorze à seize jours.

IV. — Le chancre infectant débute, dans la très-grande majorité des cas, par une inflammation, c'est-à-dire par une sorte d'érythème de la partie contaminée, érythème que suit de très-près la formation d'un produit diphthéritique *sui generis*, particulièrement lorsque le chancre a pour siége une membrane muqueuse : c'est la *diphthérite chancreuse*. L'induration de la base du chancre, l'érosion ou l'ulcération de sa surface, sont des phénomènes ultérieurs à la formation de l'érythème et de la diphthérite.

V. — Le chancre infectant se présente sous des aspects, c'est-à-dire sous des *formes* diverses.

Nous admettons deux formes principales dans le chancre infectant : 1° le chancre infectant *avec induration de la base;* 2° le chancre infectant *sans induration.*

Considéré sous le rapport de sa *surface*, on peut encore distinguer le chancre, en *chancre infectant érythématique* (*érosion* ou *excoriation* chancreuse), et en *chancre infectant ulcéré.*

Ces distinctions sont purement *scolastiques :* elles ont pour but de faciliter la description et le diagnostic du chancre vrai, mais elles ne doivent pas faire perdre de vue que la même cause, c'est-à-dire le même virus, produit le chancre infectant avec induration de la base et le chancre infectant sans induration : le chancre infectant est *un* (1).

VI. — L'infection constitutionnelle est le signe pathognomonique ou le *criterium* du chancre vrai, quelle que soit la *forme* sous laquelle on l'observe.

VII. — Les symptômes du chancre infectant induré, sont les suivants :

(1) Nous ne saurions trop mettre en garde contre une méprise que commettent *tous les critiques* de la doctrine dualiste, de la doctrine qui considère le chancre infectant et le chancre non infectant, comme étant les effets de deux causes distinctes ou différentes : ces critiques, nous le démontrerons plus loin, confondent le chancre infectant manquant d'induration, avec le chancre non infectant.

surface excoriée, pseudo-membraneuse, ulcérée dans quelques cas ; *base* indurée ; *induration* présentant des caractères différents, suivant la période à laquelle on l'observe : peu marquée, diffuse au début du chancre ; bien circonscrite, et plus étendue que la surface du chancre, à sa période d'état ou de maturité. Se manifestant, dans la très-grande majorité des cas, à une époque rapprochée du début du chancre, vers la fin du premier septénaire ou dans le cours du deuxième (indurations *précoces*); d'autres fois n'apparaissant que plus tardivement (indurations *tardives*) ; variable quant à son aspect (indurations *plates*, *pisiformes*, *hémisphériques*. *parcheminées*) ; mieux formulée sur les muqueuses que sur la peau ; manquant plus rarement chez l'homme que chez la femme. Sa *structure* est celle du tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire, aussi son évolution est-elle la même : atrophie, inflammation, ulcération, gangrène.

L'induration de la base du chancre a été connue et mentionnée par la plupart des auteurs qui ont écrit sur la syphilis. — Les syphiliographes modernes la considèrent, avec raison, comme étant un des meilleurs signes du chancre infectant.

VIII. — Il existe des cas dans lesquels le chancre vrai, celui qui est suivi d'accidents constitutionnels, n'est pas induré : tous les syphiliographes reconnaissent ce fait. — Les causes de la non-induration du chancre infectant ne sont pas toutes connues : les chancres de la peau, particulièrement ceux du fourreau de la verge, et ceux que l'on observe chez la femme, manquent parfois d'induration. — Le traitement mercuriel, administré au début du chancre, doit être considéré comme étant une des causes de sa non-induration.

La fréquence relative du chancre infectant induré, et du chancre infectant sans induration, n'est pas rigoureusement connue. — Dans la très-grande majorité des cas, le chancre vrai est un chancre induré.

IX. — Le chancre infectant, induré ou non induré, laisse ou ne laisse pas de cicatrice, suivant qu'il a consisté en une ulcération ou en une érosion. L'érosion chancreuse étant la forme la plus ordinaire sous laquelle on observe le chancre infectant, l'absence de cicatrice est un fait fréquent après la guérison du chancre vrai.

X. — Quatre fois sur cinq le chancre infectant est unique ou *solitaire*.

Le chancre infectant peut être *multiple :* dans ce cas, les chancres se manifestent simultanément ; ils sont contemporains.

XI. — Que l'art intervienne ou n'intervienne pas, la guérison est la terminaison *constante* du chancre infectant, et cela malgré les complications dont il peut être le siége. Ces complications sont : l'*inflammation*, le *phagédénisme*, la *gangrène*, le *phimosis*, et le *paraphimosis ;* complications généralement peu graves dans le cas de chancre infectant, mais qui retardent la guérison de cette affection.

XII. — Dans l'appréciation de la *durée* du chancre vrai, il importe de distinguer la durée de l'affection à l'état d'ulcération ou d'exulcération, et la durée de l'induration. — Il faut tenir compte, en outre, de la forme du chancre ; de son siége ; de ses complications ; du traitement et du régime suivis par le malade.

Il est des érosions chancreuses peu indurées et de petite étendue, qui ne persistent pas au delà d'une quinzaine de jours ; tandis qu'il est des chancres infectants *ulcérés* qui ne sont pas guéris après deux et trois mois de durée.

La durée de l'induration est toujours en rapport avec sa quantité ou son volume. — Le traitement antisyphilitique a une très-grande influence sur l'induration : il modifie sa marche et abrége sa durée.

XIII. — Les ganglions lymphatiques situés dans le voisinage d'un chancre infectant sont presque constamment indurés. Les vaisseaux lymphatiques sont plus rarement affectés.

Les adénites et les lymphites symptomatiques du chancre infectant suppurent rarement ; cependant on observe parfois des bubons phlegmoneux.

Que le chancre infectant soit induré ou ne le soit pas, il est des cas dans lesquels il n'existe aucune altération appréciable des ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la région sur laquelle siége le chancre.

XIV. — Lorsque la durée du chancre se prolonge au delà de trois à quatre semaines, ce qui n'est pas rare, il est fréquent de constater l'existence de quelques-uns des symptômes prodromiques de la syphilis constitutionnelle (douleurs rhumatoïdes, céphalée, etc.), et après le septième et le huitième septénaire, on observe très-souvent les premiers symptômes de l'infection constitutionnelle (exanthèmes, papules, angine, etc.).

XV. — Toutes les régions de la peau, toutes les membranes muqueuses extérieures, sur lesquelles le virus syphilitique aura été déposé accidentellement ou inoculé artificiellement, peuvent être le *siége* d'un chancre infectant.

Les organes génitaux sont les parties du corps sur lesquelles siége le plus fréquemment le chancre infectant (95 fois sur 100). Les points de ces organes le plus souvent atteints, sont ceux sur lesquels séjourne le plus facilement l'*agent contagieux*, et ceux où se produisent le plus ordinairement des excoriations : le sillon glando-préputial chez l'homme ; les grandes et les petites lèvres vulvaires chez la femme.

Le chancre infectant *extra génital*, plus fréquent chez la femme que chez l'homme, est souvent méconnu.

XVI. — Le siége du chancre est sans influence sur ses effets diathésiques ; en d'autres termes, le siége régional d'un chancre ne change pas

sa *nature*, car la nature d'une affection est déterminée par sa cause, et non par son siége.

XVII. — Bien qu'il soit difficile de préciser quel est le *siége anatomique* du chancre, c'est-à-dire de préciser quels sont les éléments de la peau ou des membranes muqueuses, dans lesquels il prend naissance, on peut affirmer qu'il se forme dans la couche la plus superficielle des téguments; dans le réseau vasculaire, peut-être même dans le réseau lymphatique.

XVIII. — *Le chancre infectant est contagieux;* son produit de sécrétion, inoculé accidentellement ou artificiellement à un individu sain, produit sur lui un chancre infectant, si les conditions générales de cette reproduction existent.

XIX. — Les syphiliographes qui ont basé le *diagnostic* du chancre sur l'inoculation expérimentale (auto-inoculation *positive*) ont commis une erreur grave, — erreur qui consiste à attribuer au chancre infectant une propriété ou un caractère qui appartient exclusivement au chancroïde.

XX. — Le chancre infectant ne s'inocule pas au malade qui le porte, quel que soit l'*âge*, c'est-à-dire la période du chancre, au moment où l'inoculation est pratiquée.

XXI. — Le résultat négatif d'une inoculation n'infirme donc pas l'existence d'un chancre; en d'autres termes, de ce qu'une ulcération n'est pas inoculable au malade qui la porte, il ne faut pas conclure que cette ulcération n'est pas un chancre.

XXII. — Le chancre infectant étant transmissible du malade à l'individu sain, la *confrontation* des sujets infectés l'un par l'autre, peut être utilisée dans le diagnostic du chancre infectant, mais aussi, elle peut être la source de plusieurs erreurs.

XXIII. — La confrontation des malades constituant un moyen de diagnostic d'une pratique difficile, et l'inoculation expérimentale ne pouvant être faite de l'homme malade à l'homme sain, il en résulte que le diagnostic du chancre infectant doit être basé sur l'appréciation de ses symptômes, de ses signes, de ses effets, et sur la connaissance des affections qui peuvent la simuler. — Parmi ces signes, l'induration de la base de l'ulcération ou de l'érosion, suffit très-souvent pour établir le diagnostic du chancre vrai; mais les lésions consécutives ou constitutionnelles (syphilides, papules muqueuses, etc.) doivent néanmoins être considérées comme étant le signe pathognomonique, le signe univoque, du chancre infectant.

XXIV. — La *cause* du chancre infectant est la même que celle de la syphilis constitutionnelle : cette cause est appelée *virus syphilitique.* — Toutes les lésions dans lesquelles ce virus se reproduit ont vraisemblablement la propriété de donner naissance à un chancre infectant.

XXV. — La formation d'un chancre infectant nécessite l'existence et

l'intervention de certaines conditions *locales* et *générales* : dépôt du virus sur un point du tégument, et conditions d'absorption sur ce point ; aptitude de l'individu soumis à l'action du virus.

La non-inoculation du chancre infectant, 1° au malade qui porte un de ces chancres, 2° aux individus qui ont ou qui ont eu la syphilis constitutionnelle, est la preuve expérimentale de la nécessité de l'aptitude ou de la prédisposition du sujet, pour qu'un chancre infectant prenne naissance.

XXVI. — Le *pronostic* du chancre infectant est peu grave, considéré au point de vue de la lésion locale. Mais cette lésion étant l'indice de l'existence de la syphilis constitutionnelle chez un malade, son pronostic est inséparable de celui de la syphilis généralisée.

XXVII. — Dans une maladie virulente *inoculée*, la lésion d'inoculation reproduit cette maladie elle-même.—Le chancre infectant présente, dans ses différentes périodes, les phases successives et les lésions anatomiques de la syphilis constitutionnelle. — De là vient, et la similitude de quelques-uns de ses symptômes avec ceux des affections dites consécutives, et l'efficacité de la médication spécifique (mercurielle ou iodée), lorsqu'elle est employée dans son traitement.

XXVIII. — Chez un malade, la forme que prend le chancre infectant peut faire présager quelle sera la forme de la syphilis constitutionnelle.

DU CHANCROÏDE.

(**Chancre simple, chancre non infectant, non induré, chancre mou.**)

Les organes génitaux, chez l'homme et chez la femme, sont parfois le siége *d'ulcérations* qui ont plus d'un trait de ressemblance avec les lésions que nous venons de décrire, c'est-à-dire avec les différentes formes du chancre syphilitique primitif.

Ces ulcérations ne sont jamais le résultat d'un travail morbide spontané : elles ont toujours pour origine une contagion, c'est-à-dire reconnaissent toujours pour cause un agent contagieux particulier, transmis ou inoculé accidentellement ou artificiellement. En un mot, *ces ulcérations sont contagieuses;* leur produit de sécrétion déposé sur un point excorié de la peau ou des muqueuses, ou bien inoculé à l'aide d'une lancette, d'une épingle, etc., a la propriété de faire naître sur ce point une ulcération identique avec celle d'où provient la matière inoculée.

Les ulcérations dont nous parlons diffèrent donc des ulcérations simples, par leur propriété de contagion. — Elles diffèrent du chancre infectant par leur caractère local. En effet, elles ne sont ni précédées, ni suivies d'aucun état général ou diathésique : leur action reste limitée à la partie affectée, ou ne s'étend qu'aux ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la région sur laquelle elles siégent, et alors ces ganglions s'enflamment et suppurent.

Ce sont ces ulcérations, contagieuses et inoculables, siégeant le plus ordinairement sur les organes génitaux, et n'étant pas suivies d'accidents constitutionnels, que les syphiliographes modernes désignent sous les noms d'*ulcères vénériens*, de *chancre non infectant*, de *chancre simple*, de

chancre non induré ou *chancre mou*, et que nous appelons des *chancroïdes*.

Tous les auteurs admettent l'existence de ces ulcérations; mais ils diffèrent d'opinion relativement à leur *nature*, c'est-à-dire relativement à la cause qui les produit. Les uns les considèrent comme étant le résultat d'une *action locale* du virus syphilitique ; les autres, pensent que ces ulcérations sont étrangères à la maladie syphilitique, et n'ont de commun avec l'ulcère syphilitique primitif, avec le chancre infectant, que quelques-uns de leurs caractères, tels que leur propriété de contagion, et leur mode de propagation ou de transmission par les rapprochements sexuels, d'où leur fréquence sur les organes génitaux.

Il est incontestable qu'il est d'un haut intérêt de savoir quelle est la valeur de ces opinions divergentes sur la *nature*, c'est-à-dire sur la *cause* du chancroïde ; de savoir si cette affection est produite par le virus syphilitique, ou bien, si le *délétère* qui lui donne naissance est différent de celui qui détermine le chancre infectant et la syphilis constitutionnelle. Nous ferons tous nos efforts pour élucider ce point de doctrine important dans le paragraphe consacré à l'*étiologie* et à la *pathogénie* du chancroïde ; étudions d'abord les syptômes de cette affection.

§ I. — Des formes du chancroïde.

Nous ne saurions trop le répéter, en pathologie l'identité de la cause n'implique pas nécessairement l'identité des effets : les maladies présentent des *formes* diverses. Il en est de même du chancroïde.

Dans la plupart des cas, le chancroïde consiste en une ulcération de la peau ou des membranes muqueuses, siégeant ordinairement sur les organes génitaux, et ayant les caractères suivants :

L'ulcération s'étend généralement à toute l'épaisseur de la peau ou de la muqueuse dans le point où elle siége. — Ses *bords* sont taillés à pic ; on dirait qu'ils ont été faits avec un emporte-pièce, disposition signalée par la plupart des auteurs. — Son *fond* est recouvert d'une matière grisâtre qui ressemble plutôt à une sorte de détritus organique qu'à une fausse membrane. — Sa *base* n'est pas indurée, on n'y observe jamais la couche fibro-plastique si caractéristique du chancre infectant. — L'ulcération est ordinairement irrégulière dans sa forme ; d'autres fois elle est circulaire. — Son *étendue* varie de quelques millimètres à un ou deux centimètres. (Voy. Pl. III, fig. 1, 2, et Pl. IV.)

Nous désignerons cette *forme* du chancroïde sous le nom de *forme ulcéreuse*, ou *forme commune*.

Dans d'autres cas, le chancroïde est constitué par une ulcération, ou plutôt par une exulcération qui n'intéresse que les couches superficielles

de la peau ou des membranes muqueuses. Dans cette forme, que nous appellerons *forme exulcéreuse*, l'affection n'a qu'une ressemblance très-éloignée avec le chancroïde de forme ulcéreuse. Ses *bords* ne sont pas taillés à pic; le fond de l'érosion est peu déprimé : il est recouvert d'une sorte de produit fibrineux dont la surface est parfois comme fendillée ou crevassée. Il arrive fréquemment que l'exulcération est *végétante*, c'est-à-dire élevée au-dessus du niveau des parties environnantes, constituant alors le type de l'*ulcus elevatum*. (Voy. Pl. III, fig. 5.)

Enfin, dans d'autres circonstances, et sous l'influence de causes diverses, le chancroïde prend une grande extension, détruit et *dévore* les tissus sur lesquels il siége, et acquiert parfois des dimensions telles qu'il constitue une vaste ulcération qui par sa longue durée, et par l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur l'organisme, peut entraîner la mort des malades. — Cette forme envahissante du chancroïde est généralement désignée sous le nom de *chancre phagédénique*, dénomination que nous lui conserverons,

Ainsi, nous admettons trois formes dans le chancre non infectant :

1° La *forme ulcéreuse* (chancroïde ulcéreux ; chancre type, chancre classique des auteurs) ;

2° La *forme exulcéreuse* (chancroïde exulcéreux) ;

3° La *forme phagédénique* (chancroïde phagédénique).

Ces distinctions dans les formes du chancroïde n'ont pas seulement pour but de faciliter sa description : nous verrons qu'elles sont d'une grande importance dans le pronostic, et dans le traitement de cette affection. Mais, nous ne saurions trop faire remarquer que la diversité des formes du chancroïde, n'établit pas une différence essentielle ou étiologique, entre ces différentes ulcérations; leur cause est la même, et il n'est pas rare de voir une des formes du chancroïde provenir d'une forme différente. Ainsi on observe parfois un chancroïde de forme ulcéreuse on de forme exulcéreuse, qui, inoculé artificiellement ou accidentellement sur le malade lui-même, ou sur un autre individu, détermine un chancroïde phagédénique. — En outre, les caractères fondamentaux de l'*espèce* morbide, à savoir, sa propriété de contagion, et d'inoculation, son *caractère local*, etc., se reproduisent dans les *variétés*, c'est-à-dire dans les différentes formes sous lesquelles on observe cette affection.

§ II. — Des symptômes du chancroïde.

Comme nous l'avons fait pour le chancre infectant, nous étudierons les symptômes du chancroïde à ses différentes périodes.

A. *Période de début.* — Le chancroïde, ne constituant qu'une affection locale, *n'incube pas.* Dès que l'agent contagieux qui le produit est déposé sur un point de la peau ou des membranes muqueuses dépourvues d'épiderme ou d'épithélium, l'action morbide commence, et ses effets sont immédiatement appréciables.

Les preuves de la non-incubation du chancroïde sont faciles à établir par l'inoculation expérimentale. Prenez une lancette ou une épingle; chargez sa pointe de la matière sanieuse fournie par un chancroïde, et inoculez cette sanie sur un point quelconque de la peau du malade lui-même qui vous aura fourni la matière inoculée (auto-inoculation); le soir même du jour où cette inoculation aura été pratiquée, ou au plus tard dès le lendemain, vous constaterez l'existence d'une lésion particulière de la peau dans le lieu de l'insertion virulente, lésion qui n'est autre chose que le début du chancroïde inoculé.

Les innombrables auto-inoculations du chancroïde pratiquées depuis vingt ans, ont mis le fait de la non-incubation du chancre simple hors de contestation. Depuis quatorze ans nous avons fréquemment pratiqué l'auto-inoculation du chancre simple, et, toutes les fois que l'inoculation a été positive, c'est-à-dire a réussi, nous avons constaté et noté l'absence de période d'incubation, résultat d'ailleurs conforme à celui obtenu par tous les inoculateurs.

Les inoculations du chancroïde pratiquées d'individu malade à individu sain (hétéro-inoculations) ont toujours fourni les mêmes résultats que les inoculations pratiquées du malade au malade, relativement à l'*instantanéité* du développement du chancre simple. Il suffit de lire quelques-unes des observations d'inoculations de chancroïdes relatées par les syphilisateurs pour s'en convaincre. En effet, dans *toutes* ces observations, le développement de la pustule d'inoculation est noté comme étant immédiat, et M. Sperino a dit avec raison que « l'on peut connaître le résultat d'une inoculation vingt-quatre heures après qu'on l'a faite (1). »

Nous verrons plus loin que le chancre simple peut être inoculé aux animaux, et de ceux-ci être reporté sur l'homme. Or, dans le petit nombre d'inoculations pratiquées dans ces conditions, c'est-à-dire avec du virus recueilli sur la brute, l'absence d'incubation du chancre a toujours été notée.

Les faits cliniques relatifs à la non-incubation du chancroïde sont d'une appréciation plus difficile.

Si l'on interroge les malades atteints de chancroïdes, leurs réponses nous apprennent que cette affection suit de près le coït infectieux. Nous

(1) *La syphilisation étudiée comme méthode curative*, etc., trad. du doct. A Tresal. Turin-Paris, 1853, p. 87.

avons observé des malades qui avaient constaté le début de leurs chancroïdes quelques heures après des rapprochements sexuels.

Obs. — Un coiffeur de la rue de... avait exercé le coït à deux heures après midi; le soir, en se couchant, il avait reconnu l'existence d'*érosions* de la muqueuse préputiale, en arrière du gland; érosions qui, le jour suivant, présentaient tous les caractères du chancroïde, et déterminèrent plus tard un énorme bubon phlegmoneux. (Dispensaire, 1854.)

Obs. — Un autre malade, un militaire, le lendemain d'une nuit passée dans une maison publique, et dans le temps où il n'avait pas exercé le coït depuis plusieurs mois, reconnaissait dès le lendemain matin plusieurs érosions qui n'étaient que le début de chancroïdes pour lesquels il fut traité à notre dispensaire.

Nous avons dit (page 42) que Swediaur avait observé des malades chez lesquels des chancres avaient débuté douze heures après la contagion, et même plus tôt («peu de minutes après une jouissance impure»), et que Hunter citait des cas dans lesquels les chancres avaient paru vingt-quatre heures après le coït. Ce que nous savons de l'incubation constante du chancre infectant, permet de supposer qu'il s'agissait de chancroïdes, dans les faits rapportés par les deux éminents syphiliographes que nous venons de citer.

Cependant on ne saurait nier qu'il est d'autres malades, manifestement atteints de chancroïdes, qui déclarent qu'un intervalle de plusieurs jours s'est écoulé entre le moment de la contagion, et celui de l'apparition de leur affection. Leurs réponses semblent donc infirmer les faits fournis par l'inoculation expérimentale, en faisant supposer l'existence d'une période d'incubation du chancroïde, dans quelques cas au moins. Voyons donc ces faits, et quelle est leur valeur dans la question que nous agitons, celle de la non-incubation du chancre simple. — Parmi ces malades il en est indubitablement qui se trompent : ils font dater le début de leur affection du jour où ils l'ont aperçue, et la description qu'ils en donnent montre bien leur erreur sur l'*âge* réel du chancroïde. Mais il est d'autres malades dont les réponses paraissent si nettes et si précises, que l'on serait porté de prime abord à croire à une véritable incubation du chancroïde : ces malades affirment, de la manière la plus explicite, que leur affection n'existait pas dans les premiers jours qui ont suivi la contagion.

L'étude du début du chancroïde va nous donner la clef de cette contradiction apparente dans les faits fournis par l'expérimentation et les faits cliniques. Nous allons voir que le chancroïde inoculé accidentellement ou artificiellement, débute par une *rougeur*, c'est-à-dire par un *érythème* des points contaminés; c'est cet érythème dont les malades ne tiennent pas compte, et, pour ceux-là mêmes qui s'observent le mieux,

le chancroïde date du début de la vésicule ou de l'*excoriation particulière* qui suit la période érythématique.

Voici un fait important à l'appui de notre assertion :

Obs. — En décembre 1858, un jeune homme atteint d'une blennorrhagie, depuis deux jours seulement, se présenta à notre consultation particulière. — Nous remarquâmes sur la muqueuse préputiale, dans le sillon glando-préputial, du côté droit, une *tache* rouge, c'est-à-dire un *érythème* partiel de la muqueuse, de l'étendue d'une lentille environ. Il n'existait alors sur ce point ni érosion ni altération appréciable de l'épithélium. — Deux jours après nous constations dans cet endroit l'existence d'un chancroïde.

Il est pour nous de toute évidence, que l'érythème des jours précédents, n'était autre chose que le début *réel*, c'est-à-dire la période initiale du chancroïde de ce malade.

Quoi qu'il en soit, la rapidité de l'évolution ou du développement du chancroïde, dans les contagions accidentelles, est un fait constant, qui contraste singulièrement avec la lenteur de l'apparition du chancre infectant ; fait clinique important dans le diagnostic du chancroïde.

Dans l'étude du début du chancroïde, il faut distinguer le cas dans lequel l'agent virulent a été inoculé artificiellement, de celui où l'inoculation a été accidentelle.

1° *Début et évolution du chancroïde inoculé artificiellement.* — L'inoculation expérimentale ayant une grande importance dans l'étude du chancroïde, la connaissance exacte des phénomènes qui se manifestent dans cette inoculation est indispensable à quiconque veut employer ce précieux mode d'investigation.

Le chancroïde inoculé artificiellement, à l'aide d'une lancette ou de tout autre instrument *piquant*, débute par une rougeur de la peau, c'est-à-dire par un *érythème;* — l'érythème devient bientôt *papuleux;* et l'inflammation du tégument, sur le point inoculé, parcourant toutes ses périodes, du pus se forme ; une *pustule* se produit, pustule dite *caractéristique* (1). Enfin, le pus rompant le dernier obstacle que lui oppose l'épiderme, met à découvert une ulcération qui n'est autre chose qu'un chancroïde de forme ulcéreuse dont elle reproduit le meilleur type : ulcération circulaire ; bords grisâtres et taillés à pic ; fond recouvert d'une matière pultacée, etc. — La peau qui environne l'ulcération est rouge, tuméfiée et enflammée dans une certaine étendue. — Abandonnée à elle-même, l'ulcération tend à l'agrandissement, et sa durée est toujours fort longue. — La matière sanieuse qu'elle fournit en grande abondance, forme souvent à sa surface une croûte épaisse et adhérente : elle jouit

(1) Ce n'est pas la pustule qui est caractéristique, mais bien l'ulcération qui lui succède.

au plus haut degré de la propriété de reproduire une ulcération semblable à celle d'où elle provient. (Voy. Pl. III, fig. 1.)

Il importe de savoir que le plus ou moins de pénétration de l'instrument dans l'épaisseur de la peau exerce une notable influence sur la marche de l'inoculation. Ainsi M. Sperino a noté que « lorsque l'incision est profonde, la pustule est plus développée le troisième jour que lorsque le virus est simplement déposé sous l'épiderme. » Nous ajouterons que, dans les cas où les inoculations sont superficielles, l'ulcération ne comprend pas toute l'épaisseur de la peau ; elle reste superficielle, et le chancroïde appartient alors à la forme exulcéreuse. — Lorsque, au contraire, le virus a été porté plus profondément, l'inoculation produit le type ordinaire du chancroïde, la forme ulcéreuse, forme plus grave que la forme exulcéreuse. D'où il résulte que, *dans les inoculations expérimentales du chancroïde, il est d'une très-grande importance de ne pratiquer que des inoculations non pénétrantes, c'est-à-dire superficielles.*

Il faut bien remarquer que la formation d'une pustule, dans les cas où l'inoculation est pratiquée avec une lancette, avec une épingle, etc., est due au mode d'inoculation ou d'insertion de la matière virulente : en effet, lorsque le virus du chancroïde est déposé sur une écorchure, sur une excoriation ou sur une plaie, l'ulcération s'établit d'emblée, c'est-à-dire sans passer par l'état d'érythème, de papule, de vésicule et de pustule.

On peut donc dire que, dans l'inoculation artificielle, le chancroïde débute par une pustule, ou par une ulcération d'emblée, suivant le procédé suivi dans l'inoculation.

2° *Début du chancroïde dans les contagions accidentelles.* — Lorsque le chancre non infectant est consécutif à une contagion accidentelle, il se manifeste, à son début, tantôt sous la forme pustuleuse, tantôt sous la forme ulcéreuse. Nous avons maintes fois constaté qu'il en est ainsi pour les chancroïdes de la muqueuse génitale chez l'homme.

Astruc a donné une bonne description du chancre débutant par l'état pustuleux : « D'abord il s'élève un petit bouton gros à peu près comme un grain de millet, rouge, pointu, chaud, accompagné de démangeaison ; la pointe de ce bouton blanchit et s'aplanit insensiblement, et, s'ouvrant ensuite légèrement, laisse sortir un peu de sérosité. Cette sérosité, en rongeant les bords de l'ouverture, forme un ulcère, qui augmente, se dilate et devient creux peu à peu. » (*Ouvr. cité*, t. III, p. 331) (1).

Il arrive parfois que la matière fournie par la pustule initiale étant

(1) Fallope décrit ainsi le début du chancre bénin (*caries benigna*) : « Suboriuntur pustulæ quædam parvæ et candidæ, quæ quidem non excedunt crassitiem unius grani panici minimi. Pustulæ erumpunt ; his ruptis remanet, ulcusculum rotundum, in medio habens punctum candidum, penetrans, aliquantulum simplex, vel duplicatum. » (In Luisinus, p. 813 E.)

comme emprisonnée sous une croûte épaisse, et adhérente à la peau, le chancroïde prend la forme d'une pustule d'*ecthyma* profond, forme que l'on observe surtout dans les chancroïdes de la peau, et particulièrement dans ceux qui ont leur siége sur le fourreau de la verge.

Le début du chancroïde par une pustule, ou plutôt par une vésicule passant à l'état de pustule, est loin d'être un fait constant. Il n'est pas rare d'observer des malades chez lesquels le chancre non infectant commence par une excoriation ou une ulcération de la peau ou des muqueuses dans le point où l'agent contagieux a été déposé.

Une sorte de petite eschare superficielle, rappelant, par sa couleur et par sa disposition, la production pseudo-membraneuse de l'aphthe, se forme sur le point contaminé. Ferme et résistante pendant les premiers jours de son existence, cette fausse membrane se ramollit, prend l'aspect d'un détritus organique; cependant l'ulcération gagne en largeur et en profondeur, s'étend rapidement à toute l'épaisseur du tégument, ou reste superficielle, suivant la forme que prend le chancroïde.

Le début du chancroïde par une exulcération a lieu surtout dans les cas où des excoriations de la peau ou des muqueuses existent au moment de la contagion, comme on le voit, par exemple, lorsqu'un malade, portant un chancroïde, inocule par mégarde le produit de sécrétion de cette ulcération sur une plaie ou sur une écorchure des doigts, etc.

B. *Période d'état.* — Que le chancre non infectant commence par une pustule ou par une exulcération, dans l'un et l'autre cas, sa période de début est de peu de durée. Après quelques jours, l'affection peut être considérée comme étant parvenue à sa *période d'état;* période pendant laquelle le chancroïde revêt et conserve les caractères qui lui sont propres. — C'est surtout pendant la durée de cette période que le chancre non infectant est contagieux : le pus, ou plutôt la matière sanieuse fournie par l'ulcération, détermine une ulcération de même *espèce*, c'est-à-dire de même *nature*, lorsqu'elle est inoculée artificiellement ou accidentellement, sur le malade lui-même, ou sur un autre individu. Nous reviendrons sur ce caractère important à propos du *diagnostic* du chancroïde.

C'est aussi pendant cette période que l'ulcération prend sa *forme* définitive, *exulcéreuse*, — *ulcéreuse*, — *phagédénique*.

Les symptômes du chancroïde diffèrent, on le comprend, suivant la *forme* de l'ulcération : nous devons donc les décrire, en nous basant sur cette distinction importante.

Dans la *forme exulcéreuse*, le chancre n'intéresse que les couches superficielles du tégument (peau ou muqueuses) ; il n'est pas *perforant*, et il arrive même très-fréquemment qu'il s'élève au-dessus du niveau des parties saines : sa surface paraît souvent comme fendillée ou crevassée.

— Sa forme est presque toujours circulaire, et son étendue dépasse rarement celle d'une pièce de cinquante centimes. Une substance d'aspect couenneux le recouvre entièrement. C'est à la présence de cette matière que l'exulcération doit sa couleur grise. Aussi longtemps que persiste cette sorte de *diphthérite* du chancroïde exulcéreux, l'affection est à la période d'état (1).

Dans la *forme ulcéreuse* (2), le chancre simple présente, nous l'avons déjà dit, une disposition bien différente : le fond est déprimé ; les bords sont taillés à pic, tantôt réguliers, tantôt sinueux et dentelés. La configuration de l'ulcération n'a rien de constant, et paraît singulièrement influencée par la disposition anatomique de la région sur laquelle elle siége. Toute la surface de l'ulcération est recouverte d'une sorte de détritus ou de *bouillie* organique ; une sécrétion abondante de pus mal lié, a lieu pendant toute la durée de l'ulcération, sécrétion éminemment virulente.

Enfin, dans la *forme phagédénique*, la tendance de l'ulcération à l'agrandissement est telle, que le chancre acquiert plus ou moins rapidement une grande étendue. Il en résulte, dans quelques cas, de vastes ulcérations, qui détruisent partiellement ou dans leur totalité, quelques-uns des organes sur lesquels elles siégent, le gland par exemple : ulcérations donnant lieu parfois, à des hémorrhagies graves; déterminant du côté des voies digestives des désordres analogues à ceux qui accompagnent si souvent les grandes opérations, les brûlures, etc. ; produisant enfin dans quelques cas, par leur longue durée, par l'abondante suppuration dont elles sont le siége, par l'influence fâcheuse qu'elles exercent sur le moral des malades, un dépérissement progressif, dont la mort est quelquefois le terme.

La tendance à l'extension ou à l'agrandissement n'est pas un caractère propre au chancroïde phagédénique. Cette tendance est commune aux deux autres formes Dans la plupart des cas, en effet, les chancroïdes exulcéreux ou ulcéreux, de très-petite étendue à leur période de début, prennent des dimensions plus grandes à la période d'état (3). Il en résulte que lorsque plusieurs chancroïdes siégent sur une même région, et sont peu distants l'un de l'autre, comme on le voit si souvent sur la muqueuse génitale, ils se réunissent par leurs bords. Ce fait bien connu de la réunion de plusieurs chancres en une seule ulcération, a été parfaitement indiqué par Fallope : « ...*Aliquando tota corona glandis inficitur hujusmodi ulceribus quandoque simul copulantur*, *et ex duobus*, *vel tri-*

(1) *Voy.* Pl. III, fig. 3, 4, 5.
(2) *Voy.* Pl. III, fig. 1, 2, et Pl. IV.
(3) C'est sans doute à cette marche envahissante que l'affection qui nous occupe doit le nom de *chancre,* dénomination dont le sens le plus général signifie ulcère rongeant.

bus, vel quatuor, unum fit, ita ut sit veluti linea cingens. » (*Chap.* 82. — In Luisinus, p. 813.)

Inoculations de voisinage. — Il est très-fréquent, pendant la durée de la période d'état du chancroïde, de voir de nouveaux chancres se développer dans le voisinage des premiers, si bien qu'une région sur laquelle on n'avait primitivement constaté qu'un ou deux chancroïdes, en présente parfois un grand nombre. Ce fait de la multiplication du chancre simple a surtout lieu lorsque l'ulcération a pour siége une région du corps dont les dispositions anatomiques sont telles que la sécrétion des chancres y séjourne facilement, et que des érosions ou des excoriations s'y produisent facilement aussi. Qu'un malade, par exemple, soit atteint d'un ou de plusieurs chancroïdes du sillon glando-préputial; si le prépuce est long, et surtout s'il y a phimosis, de nouveaux chancres se développeront très-fréquemment sur la muqueuse préputiale, sur le gland, à l'orifice du prépuce, et parfois aussi sur les lèvres du méat urinaire. Il en est de même sur d'autres régions : ainsi, on voit très-souvent un ou deux chancroïdes de la région anale, particulièrement chez les femmes douées d'embonpoint, donner naissance à de nouvelles ulcérations au pourtour de l'anus, au périnée, et sur la région interfessière. Nous avons observé plusieurs malades portant à l'anus, et dans son voisinage, jusqu'à quinze et vingt chancroïdes.

La conformation des organes génitaux chez la femme favorise singulièrement cette multiplication du chancroïde : aussi est-il très-fréquent d'observer à la vulve des chancres *successifs*, et cela à cause du contact des muqueuses. — MM. Boys de Loury et Costilhes ont bien indiqué cette particularité : « Rien de plus commun, disent-ils, que des chancres symétriquement et régulièrement placés sur les grandes et les petites lèvres, ce qui est le résultat de l'inoculation. (*Mém. cité*, p. 274.) Lorsque l'on trouve des chancroïdes sur le col de l'utérus, il n'est pas rare d'en observer à l'extrémité supérieure du vagin.

Le fait de la multiplication des chancres par inoculation de voisinage est connu depuis fort longtemps ; mais qu'il nous soit permis de rappeler que nous avons, le premier, dit et démontré, que cette propriété de réinoculation spontanée appartenait au chancroïde seulement.

Tous les syphiliographes admettent que les chancres *successifs* sont dus au contact de la *sanie* contagieuse des premiers chancres, sur les parties les avoisinant. — Nous rapportons trois observations seulement à l'appui de cette interprétation :

Obs. — Le 20 avril 1851, un élève en médecine, atteint depuis un mois et demi d'un chancroïde de la face interne du prépuce, vint à notre dispensaire nous prier d'appli-

quer sur ce chancre une couche de caustique, afin d'en abréger la durée. — Nous employâmes le caustique de Vienne. Malgré les précautions prises par le malade, une légère excoriation se forma sur l'extrémité du gland, par suite du contact du chancre cautérisé, avec cette partie, le prépuce ayant été ramené sur le gland. — Après quelques jours, nous vîmes un chancroïde se développer sur ce point.

Obs. — Janvier 1857. — Sur un autre malade qui nous avait été adressé par notre honorable confrère le docteur Duval, cinq chancroïdes existaient sur le limbe du prépuce, et avaient déterminé un phimosis. En appliquant sur ces ulcérations le caustique de Vienne, l'extrémité de la spatule dont nous nous servions, toucha un point de la peau du prépuce, et y laissa une petite quantité de pâte que nous enlevâmes à l'instant même avec beaucoup de soin. — Cependant une érosion se produisit sur cet endroit, et bientôt un chancroïde s'y développa.

Obs. — Un malade de notre dispensaire (juillet 1855) portait dans le sillon glando-préputial, et depuis plus de trois semaines, huit ou dix ulcérations ayant tous les caractères du chancroïde. — Avec une épingle non chargée de virus, nous fîmes sur un point de la muqueuse préputiale parfaitement sain, et avoisinant les chancres, une très légère excoriation, en annonçant aux élèves qu'un nouveau chancroïde se développerait fatalement sur ce point, à cause de son contact avec la sécrétion des chancres. — En effet, trois jours après, nous constations l'existence d'un chancroïde là où nous n'avions pratiqué qu'une simple déchirure de l'épithélium.

Inoculations sur d'autres régions — Ce n'est pas seulement dans le voisinage d'un chancroïde que l'on voit de nouvelles ulcérations se développer ; il arrive parfois que la sécrétion d'un chancroïde siégeant sur les organes génitaux est portée sur une autre région, et produit de nouveaux chancroïdes si les conditions locales de la contagion, c'est-à-dire si des solutions de continuité de l'épiderme ou de l'épithélium (excoriations, plaies, etc.) existent sur cette région.

L'importance de ce fait, dans l'histoire du chancroïde, mérite que nous en rapportions quelques exemples.

Obs. — En 1844, pendant notre internat à l'hôpital du Midi, un malade atteint de chancroïdes de la muqueuse préputiale, portait en même temps un chancroïde sur la face dorsale de chaque pied. — La singularité du siége de ces ulcérations nous porta à demander au malade quelques renseignements sur le mode de contagion qui avait déterminé ces chancres. Il nous apprit, qu'ayant fait une longue marche avec des souliers neufs, des écorchures douloureuses se formèrent sur ses pieds, et qu'il les pansa avec une décoction de racine de guimauve dans laquelle il baignait fréquemment le pénis atteint de chancres.

Obs. — Pendant la même année, un autre malade du même hôpital, ayant un chancroïde du sillon glando-préputial, fut atteint d'une éruption prurigineuse sur la région du grand pectoral. S'étant gratté sans précaution, un chancroïde se développa sur cette région.

Obs. — Chez un malade qui nous avait été adressé par notre regretté confrère et

ami, le docteur Verjus, un furoncle se manifesta sur le milieu de la cuisse droite, dans le temps où le malade portait depuis trois semaines plusieurs chancroïdes de la muqueuse préputiale.

Le malade, en pressant son furoncle, en le pansant sans précaution, et plusieurs fois par jour, y porta sans doute la matière contagieuse sécrétée par les chancroïdes, car le furoncle prit les caractères du chancre.

Obs. — Un malade de notre dispensaire (juin 1857), atteint de chancroïdes multiples du limbe du prépuce, laissait ces ulcérations à découvert, c'est-à-dire sans appareil de pansement pendant la nuit : un chancroïde se développa sur la cuisse gauche ; deux autres sur la région inguinale droite ; un quatrième sur le scrotum ; et enfin *trois* autres sur les doigts.

Obs. — A quelques mois d'intervalle, deux malades chez lesquels des bubons inguinaux phlegmoneux, symptomatiques de chancroïdes du pénis s'étaient ouverts spontanément, vinrent nous consulter à notre dispensaire. — Nous diagnostiquâmes des bubons phlegmoneux simples, c'est-à-dire non *virulents*, et en effet l'aspect des lèvres de l'ouverture des bubons suppurés, la couleur vermeille des bords et du fond de la solution de continuité, ne pouvaient laisser aucun doute sur la *variété* de bubon à laquelle nous avions affaire. — Notre étonnement fut grand en voyant ces bubons devenir chancreux. Nous pensâmes à une inoculation accidentelle, car chez ces deux malades les chancroïdes de la verge étaient encore à la période d'état. — Nous questionnâmes donc ces malades, et ils nous apprirent qu'ils pansaient leurs bubons sans aucune précaution, et avec le liquide (vin rouge sucré additionné de tannin) qu'ils appliquaient sur leurs chancres (1).

Les faits relatifs à la *transplantation* des chancres d'une région sur une autre, par suite d'une inoculation accidentelle, ne manquent pas dans les traités spéciaux, et il nous serait facile d'en rapporter un grand nombre ; nous nous bornerons aux suivants :

Obs. — « Le nommé Joseph Saunier avait un chancre d'une étendue considérable à la verge, qui se partageait entre le prépuce et le gland, chancre qu'il pansait lui-même trois fois par jour. Il entra à l'hôpital le 15 mai 1790. Après quatre mois de traitement dans l'infirmerie, je m'aperçus que l'indicateur de la main gauche était enveloppé d'un linge ; je demandai à le voir. Ce linge couvrait un ulcère chancreux de la largeur d'un denier. Je l'interrogeai sur ce fait, et il me dit qu'il s'était blessé légèrement, il y avait plus de six semaines, avec une aiguille à tricot ; l'extrémité de son doigt ayant trempé dans le pus qui découlait de son chancre, chaque fois qu'il le soignait, il en était résulté ce que je voyais (2). »

Obs. — Le 12 août 1836, fut admis à l'hôpital du Midi un malade atteint d'un chancre du doigt inoculé dans les circonstances suivantes :

« Ce malade avait contracté des chancres du gland depuis quatre semaines. Le

(1) Nous reviendrons sur ces deux faits importants à propos des bubons symptomatiques du chancroïde.

(2) C. A. Lombard, *Cours de chirurgie pratique sur la maladie vénérienne*, 1790, t. I, p. 177.

doigt index droit s'étant trouvé pris sous une pièce de vin, il fut déchiré en trois ou quatre endroits. Pendant les premiers jours, la plaie offrait une belle apparence : mais bientôt le malade, qui se servait de la main blessée pour appliquer un pansement sur les chancres de la verge, vit son doigt s'ulcérer et la blessure devenir terne et grisâtre.... Une inoculation pratiquée sur la cuisse avec le pus du chancre du doigt fut positive. » (Ricord, *Traité*, etc., p. 204.)

Les deux faits suivants ont une certaine importance, car ils sont en contradiction formelle avec une opinion récemment soutenue, et sur laquelle nous reviendrons à propos du *siége* du chancroïde, à savoir, qu'il n'existe pas dans la science d'exemples de chancroïdes de la région céphalique.

Obs. — « Une femme est entrée à l'hôpital Saint-Lazare, portant des chancres aux parties génitales ; elle était atteinte en même temps d'une conjonctivite avec épiphora qui avait à peine irrité l'angle interne de l'œil droit ; en y portant les doigts imprégnés du virus provenant des chancres, l'érosion est devenue un chancre qui *s'est induré* (?), et qui, sans présenter de complication, a guéri au moyen d'un traitement rationnel. »

Obs. — « Une autre femme avait une othorrée : elle a porté dans l'oreille, en se grattant, du pus qui provenait d'un chancre des parties génitale, ce qui a changé en un chancre l'ulcération légère qui existait dans le conduit auditif externe (1). »

La *durée de la période d'état* du chancroïde varie suivant la forme de l'ulcération : elle est généralement en rapport avec l'étendue du chancre. De quelques semaines seulement dans les chancres exulcéreux non *végétants*, et de petite étendue, elle est toujours de plusieurs mois, et même parfois de plusieurs années, dans la forme phagédénique. Dans la forme ulcéreuse commune, c'est-à-dire non phagédénique, elle est rarement moindre de six semaines à deux mois. Il est bien entendu que, dans l'appréciation de la durée de cette période, nous faisons abstraction de l'influence des traitements auxquels le malade peut être soumis, traitements dont l'effet constant est de diminuer ou de prolonger cette durée, suivant qu'ils sont employés avec ou sans discernement.

C. *Période de déclin et de terminaison.* — Aussi longtemps qu'un chancroïde conserve sa couleur grise et son aspect diphthéritique ou pultacé, il est encore à la période d'état. — La *période de déclin et de terminaison* appelée *période de réparation*, s'annonce par un changement dans la couleur et dans l'aspect du chancre : sa surface se déterge, des bourgeons charnus s'y développent ; elle prend la couleur rouge et l'aspect granuleux des plaies ou des ulcérations en voie de cicatrisation, et bientôt la

(1) Ces deux faits sont extraits du mémoire déjà cité de MM. Boys de Loury et Costilhes (*Gazette méd. de Paris*, 1847, p. 274).

guérison de l'ulcération est complète. — La durée de cette période est toujours en rapport avec l'étendue du chancroïde.

Quelle que soit la forme du chancroïde, quelle que soit sa durée, il *ne s'indure pas;* sa base ne présente jamais l'épaississement, le disque fibro-plastique, si caractéristiques du chancre infectant. Il arrive bien parfois que l'ulcération étant soumise à l'action des causes générales ou locales des inflammations, sa base est le siége d'une induration diffuse, analogue à celle qui accompagne toutes les inflammations; mais cette induration, produite, nous le répétons, par les irritations auxquelles le chancroïde peut être soumis accidentellement, diffère de l'induration du chancre infectant par les caractères suivants : elle ne déborde pas l'ulcération; elle est mal circonscrite, et consiste dans une sorte d'empâtement diffus de la base du chancroïde; elle diminue et disparaît ordinairement avant la cicatrisation de l'ulcération ; elle apparaît d'ailleurs tardivement, et, dans aucun cas, elle ne précède l'ulcération de la surface du chancre.

Ces caractères des *indurations inflammatoires* sont généralement faciles à apprécier : nous devons dire cependant, qu'il est des cas dans lesquels il est nécessaire d'une grande attention pour les distinguer de ceux de l'induration du chancre infectant, c'est-à-dire de l'*induration diathésique.* — Nous reviendrons sur ce point. (*Diagnostic.*)

§ III. — Du nombre des chancroïdes sur le même malade.

Comme le chancre infectant, le chancroïde peut être *solitaire* ou *multiple.*

Chancroïde solitaire. — L'existence d'un seul chancroïde chez un malade est loin de constituer un fait rare, mais il est incontestable que ce cas est exceptionnel*: ordinairement le chancroïde est multiple.* — Le chancroïde est solitaire lorsqu'il siége sur une région où les inoculations de voisinage peuvent difficilement avoir lieu, c'est-à-dire lorsque les parties qui environnent ou avoisinent le chancre restent intactes (absence d'érosion, ou d'altérations de l'épiderme, etc.) : les chancroïdes de la peau sont dans ce cas.

Chancroïdes multiples. — Les chancroïdes peuvent être multiples d'emblée, c'est-à-dire à leur début; ou bien n'apparaître que successivement : deux cas qu'il importe de distinguer.

Les chancroïdes sont multiples d'emblée, et conséquemment *contemporains*, lorsqu'une région (gland, muqueuse préputiale, vulve, etc.) est le siége d'érosions ou d'excoriations multiples au moment de la contagion, chaque point excorié servant alors à une inoculation.

Les chancroïdes multiples sont *successifs* lorsque après un certain temps de durée d'une ou de plusieurs ulcérations (suivant que le chancroïde est

solitaire ou multiple d'emblée), de nouveaux chancroïdes se développent dans le voisinage des premiers, ou sur une autre région, par suite du transport du pus chancreux sur cette région. — Des chancroïdes *successifs* se produisent chez un malade toutes les fois que la sécrétion de ses chancres touche un point de la peau ou des membranes muqueuses extérieures privé de son épiderme. Cela est si vrai, qu'il suffit de pratiquer avec une épingle ou avec une lancette, la plus petite excoriation dans le voisinage d'un chancroïde, pour voir cette excoriation se transformer en chancroïde (1).

On conçoit que certaines régions soient particulièrement le siége de chancroïdes multiples successifs. Nous signalerons, sous ce rapport, la région glando-préputiale, surtout dans les cas de phimosis ; la région de l'anus, particulièrement chez la femme.

Il est généralement facile de constater que des chancroïdes se sont développés successivement. Dans des cas qui sont loin d'être rares, le médecin assiste en quelque sorte à la naissance des chancroïdes successifs chez un malade : après quelques jours de durée d'un ou de plusieurs chancroïdes, il voit de nouvelles ulcérations se manifester dans le voisinage des premières ; d'autre fois, la précision des remarques du malade lui-même, laissent peu de doutes sur le développement successif des chancres : « Je n'ai eu d'abord, dit le malade, qu'une ou deux ulcérations pendant les huit premiers jours, puis il s'en est formé de nouvelles autour des premières. » — Enfin, il est possible, par l'observation directe, de constater que des chancroïdes situés sur les mêmes régions ne sont pas du même *âge :* les uns ont tous les caractères de la période de début, alors que les autres sont à la période d'état, et d'autres à la période de réparation. L'étendue des chancres sert encore à les distinguer : les chancroïdes venus les derniers étant plus petits et plus superficiels que les autres. Cette remarque nous conduit à un point fort curieux de l'histoire des *chancroïdes successifs*, et surtout d'une grande importance pratique.

Les chancroïdes consécutifs à des inoculations de voisinage diffèrent singulièrement de ceux d'où ils dérivent par les caractères suivants : ils prennent rarement une grande extension ; ulcèrent peu les tissus sur lesquels ils siégent ; guérissent facilement ; leur durée est généralement courte, et il arrive bien souvent qu'ils sont cicatrisés avant les chancroïdes de première formation. En un mot, *les chancroïdes successifs sont généralement bénins.* Nous disons *généralement*, et nous insistons sur ce

(1) Nous avons maintes fois pratiqué ce mode d'inoculation dans le diagnostic du chancroïde. Pour que ces inoculations (comparables, en quelque sorte, aux greffes *par approche*) réussissent, il suffit que l'excoriation subisse le contact de la matière sécrétée par le chancre, et que celui-ci soit à la période d'état. — Nous avons cité une inoculation de ce genre page 178.

mot, car il arrive parfois que cette bénignité relative, que cette *loi de décroissance* des chancres successifs est en défaut.

Il n'est pas à notre connaissance que le fait clinique dont nous venons de parler, celui de la *bénignité relative des chancroïdes successifs*, ait été signalé, mais ce fait a été indiqué à propos des chancroïdes produits par inoculation artificielle ou expérimentale. Ainsi, le docteur Mac Carthy, en parlant des nombreuses inoculations dont il avait été témoin à l'hôpital du Midi, pendant la durée de son internat, a écrit ce qui suit : « Dans presque tous les cas, la cautérisation a fait justice de la pustule spéciale, et lorsque, dans quelques cas exceptionnels, la neutralisation n'a pas été immédiatement obtenue, l'*ulcère inoculé a cependant constamment guéri avant la plaie d'où il tirait son origine.* » (*Thèse citée*, p. 12.) Mais, il faut le reconnaître, les syphilisateurs ont les premiers, bien constaté et bien observé le fait de la décroissance du chancroïde dans les inoculations successives ; M. Auzias-Turenne, dans les inoculations pratiquées chez les animaux : « *Les chancres deviennent d'autant moins vivaces, qu'on les multiplie successivement davantage sur le même animal* (1). » M. Sperino, dans les inoculations sur l'homme : « *L'inoculation successive et suffisamment répétée du virus syphilitique donne lieu à des chancres qui vont toujours en proportion décroissante jusqu'à ce que l'on n'obtienne plus que des pustules abortives.* » (*Ouvr. cit.*, p. 497.)

Nous le répétons, bien que les exceptions à ce fait général ne soient pas rares, il ne doit pas être oublié, car c'est principalement sur ce fait, mal interprété, nous le verrons plus loin, que repose la doctrine de la *syphilisation*. Nous y reviendrons à propos de l'étude de cette doctrine.

§ IV. — Complications.

Il est des circonstances dans lesquelles le chancroïde est le siége de certains états pathologiques, que l'on doit considérer comme constituant des *complications*. Tels sont l'*inflammation*, la *gangrène* et le *phagédénisme*.

Comme nous l'avons fait pour le chancre infectant, nous rapprocherons de ces complications, le *phimosis* et le *paraphimosis*.

A des degrés divers, ces complications méritent de fixer notre attention ; car, sous leur influence, l'affection qui nous occupe acquiert parfois une telle gravité, que l'existence des malades peut être compromise, et l'on trouve dans les annales de la science plus d'un exemple de malades ayant succombé.

(1) *De la syphilisation ou vaccination syphilitique* (*Archives générales de médecine*, juin 1851, p. 41).

Inflammation. — Les symptômes qui annoncent l'existence de cette complication dans le chancroïde diffèrent peu de ceux dont nous avons parlé à propos du même état pathologique dans le chancre infectant. L'ulcération devient *douloureuse*, surtout dans les cas où elle subit fréquemment le contact des matières excrémentitielles (urine, fèces), ou bien encore lorsqu'elle est soumise à l'action des topiques irritants (pommades, solutions caustiques, etc.) ; — sa *base* est alors fréquemment le siége d'une induration fibro-plastique qui ressemble assez à l'induration *diathésique* du chancre infectant pour donner lieu à des erreurs de diagnostic, erreurs dont nous sommes témoin de temps en temps, et que nous avons parfois commises (1).

Mais le résultat le plus fâcheux de l'inflammation est d'augmenter l'étendue et la durée du chancroïde. Nous n'hésitons pas à rapporter à cette complication la longue durée des chancroïdes du pénis, chez un grand nombre de malades.

Il nous a semblé aussi, que les bubons survenaient plus fréquemment dans ces circonstances, que lorsque le chancroïde est exempt d'irritation. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre consacré à l'étude des adénopathies concomitantes du chancroïde.

En outre des causes locales et générales, communes à toutes les inflammations, nous signalerons l'abus des pansements faits avec les pommades ou les solutions irritantes, et surtout l'emploi intempestif des caustiques, comme étant les causes les plus ordinaires de l'inflammation du chancroïde (2).

Gangrène. — Nous sommes loin de connaître toutes les conditions qui prédisposent le chancroïde à la gangrène; mais il est permis, ce nous semble, de considérer l'inflammation comme en étant la cause la plus ordinaire, tant il est fréquent de voir l'inflammation précéder la gangrène.

Un chancroïde enflammé est donc dans des conditions éminemment favorables à la formation de la gangrène, et celle-ci survient particulièrement dans les cas où de nouvelles causes d'irritation interviennent : nous signalerons l'abus des boissons alcooliques comme produisant alors ce résultat fâcheux.

Lorsqu'un chancroïde devient gangréneux, une eschare se forme d'abord sur les points qu'il occupe; puis elle s'étend aux tissus sains envi-

(1) Les chancroïdes du *limbe* du prépuce, souvent irrités par le contact de l'urine, par la distension du prépuce pendant les érections, etc., sont surtout ceux qui présentent ces indurations inflammatoires.

(2) Une cause très-vulgaire, la mauvaise conformation de nos vêtements, et, par suite, les frottements auxquels les organes génitaux sont soumis pendant la marche, occasionnent plus souvent qu'on ne pense l'inflammation des chancres du pénis. — Nous en avons la preuve dans la bénignité relative du chancroïde, chez la femme.

ronnants, dans une étendue parfois considérable. De là les vastes destructions et les mutilations irrémédiables des organes sur lesquels siége le chancroïde (gland, corps caverneux, grandes et petites lèvres vulvaires, etc.). Une inflammation très-vive survient ordinairement dans les tissus qui avoisinent l'eschare, inflammation accompagnée d'un œdème parfois considérable, et d'où résulte une tuméfaction très-grande de la région malade : nous avons vu le pénis acquérir un volume considérable dans plusieurs cas de chancres gangréneux du gland et du prépuce que nous avons eu à traiter. Des phénomènes analogues se produisent dans les cas de chancroïdes gangréneux siégeaient sur les organes génitaux de la femme, et particulièrement dans ceux qui se développent sur les grandes lèvres.

Une sécrétion sanieuse, abondante et fétide, accompagne constamment le chancroïde gangrené, surtout pendant la durée de l'élimination de l'eschare, période pendant laquelle surviennent parfois des *hémorrhagies* graves.

Il est heureusement quelques compensations à ces désordres locaux. Ainsi la gangrène anéantit la virulence du chancroïde : elle le tue en quelque sorte. En effet, *un chancroïde atteint de gangrène n'est plus inoculable* (Ricord). Il est devenu une eschare dont l'élimination est le but auquel tendent toutes les actions morbides dont il est ultérieurement le siége. De là ces guérisons si promptes qui suivent la formation de la gangrène, guérisons qui ont sans doute donné la première idée de l'application des caustiques sur le chancre, méthode de traitement essentiellement applicable au chancroïde, qui ne constitue qu'une affection locale.

On a dit, et écrit, un peu partout qu'un chancre gangrené n'était pas suivi de la syphilis constitutionnelle. Cela est incontestablement vrai pour le chancroïde, mais la gangrène n'est pour rien dans ce résultat qui tient à la *nature* de l'affection, et non aux *accidents* dont elle peut être le siége pendant sa durée.

Phagédénisme. — Dans la très-grande majorité des cas, avons-nous dit, le chancroïde consiste en une ulcération dont la plus grande étendue n'excède guère 1 ou 2 centimètres. Mais il arrive parfois que cette étendue est beaucoup plus considérable, et dans quelques cas le chancroïde prend une si grande extension, qu'il occupe toute une région de la peau : le pli de l'aine, l'hypogastre, etc.

Lorsque le chancroïde acquiert ainsi des proportions insolites, on dit qu'il est *phagédénique*, dénomination (φαγέδαινα) que les médecins grecs employaient, on le sait, pour désigner toute ulcération ayant le caractère envahissant.

La tendance à l'agrandissement n'est pas le seul caractère distinctif

du chancroïde phagédénique; celui-ci diffère encore du chancroïde de forme ulcéreuse, et du chancroïde exulcéreux : 1° par sa longue durée, qui est rarement moindre de plusieurs mois et peut s'étendre à plusieurs années; 2° par sa gravité. En effet, tandis qu'il est sans exemple que la mort ait été la conséquence d'un chancroïde non phagédénique, il n'est malheureusement pas très-rare de voir des malades dont la vie est menacée par un chancre phagédénique, et d'autres qui succombent, nous l'avons déjà dit, aux progrès de cette redoutable affection. — Sur *neuf* malades atteints de chancres phagédéniques graves, observés par M. Mac Carthy, à l'hôpital du Midi, *quatre* succombèrent. (*Thèse citée*, p. 17.)

Il y a, en apparence, une si grande différence entre les chancroïdes phagédéniques, et ceux de forme ulcéreuse, et surtout de forme exulcéreuse, qu'il importe de démontrer que ces affections sont identiques, c'est-à-dire que leur cause est la même, et conséquemment que le phagédénisme est un accident, un épiphénomène, et, comme on le dit, une *complication*.

Un premier fait à l'appui de cette opinion est le suivant. Un chancroïde n'est jamais phagédénique d'emblée, c'est-à-dire à son début; une période de temps ordinairement assez longue s'écoule avant le moment où l'ulcération devient envahissante. Que l'on parcoure les observations de chancres phagédéniques éparses dans les annales de la syphiliologie, et l'on verra que tout chancroïde phagédénique n'a été d'abord qu'un chancroïde de forme ulcéreuse ou exulcéreuse, pendant un certain temps de sa durée : le phagédénisme n'est survenu que plus tard, et sous l'influence de causes locales ou générales souvent appréciables.

Mais, la preuve la plus évidente de l'identité du chancroïde phagédénique et du chancroïde de forme commune, nous est fournie par l'inoculation expérimentale : ainsi, on voit parfois un chancroïde phagédénique être le résultat d'une inoculation expérimentale faite avec le produit de sécrétion d'un chancre non phagédénique, comme dans l'observation suivante qui nous a été rapportée par celui-là même qui en est le sujet, un élève en médecine de l'école de Lyon :

Obs. — Un malade portant sur la muqueuse préputiale des chancroïdes à la période de début, fut admis à l'hôpital de l'Antiquaille. L'affection fut considérée comme étant un *herpes præputialis*, et l'élève dont nous parlons, confiant dans le diagnostic de son chef de service, s'inocula sur l'avant-bras gauche le produit de sécrétion des ulcérations du malade. Il en résulta un chancre *qui fut cautérisé avec la pâte de Vienne*, prit une extension considérable (5 à 6 centimètres de diamètre), et ne fut cicatrisé qu'après six mois de durée.

Les chancroïdes qui avaient fourni la matière ayant servi à l'inoculation expérimentale ne furent pas phagédéniques (1).

(1) Nous rapporterons plus loin une inoculation expérimentale faite avec le produit de sécré-

Les inoculations pratiquées sur les malades portant des chancres non infectants, et avec le pus de ces chancres (auto-inoculations), donnent lieu parfois aussi à des chancroïdes phagédéniques, bien que la matière inoculée soit prise sur un chancre non phagédénique. Il est de tradition, à l'hôpital du Midi, que chez plusieurs malades des inoculations artificielles ont pris le caractère phagédénique, et M. Sperino a signalé le phagédénisme comme pouvant compliquer et entraver les inoculations prétendues *syphilisantes* : plusieurs de ses nombreuses observations fournissent d'ailleurs des exemples du fait dont nous parlons.

Les chancroïdes provenant d'inoculations accidentelles, c'est-à-dire ceux résultant des rapprochements sexuels, nous offrent parfois des exemples semblables : nous avons plus d'une fois observé des malades ayant des chancres phagédéniques, tandis que la femme qui les avait infectés ne portait que des chancres bénins.

Enfin, il n'est pas rare que des chancres phagédéniques de l'aine (chancres ganglionnaires) reconnaissent pour antécédent ou pour cause de très-petits chancroïdes du limbe du prépuce ou du gland. En d'autres termes, sur un même malade, des chancroïdes de forme ulcéreuse ou exulcéreuse, c'est-à-dire des chancroïdes non phagédéniques, peuvent donner lieu à des adénites phlegmoneuses qui ne tardent pas à se transformer en chancres phagédéniques graves.

On pourrait donc considérer la forme ulcéreuse et la forme exulcéreuse, du chancroïde, comme constituant les *formes bénignes* du chancroïde, et le chancre phagédénique comme étant la *forme grave* de l'affection que nous étudions : distinction importante que l'on trouve d'ailleurs établie dans la description de la plupart des maladies (1).

Pourquoi un chancroïde devient-il phagédénique? Quelles sont les causes de cette complication? — L'ulcération, on le sait, est un fait pathologique très-complexe : les conditions anatomiques ou *immédiates* de sa production nous sont aussi inconnues que celles de la nutrition, de l'hypertrophie et de l'atrophie des tissus. — Nous ignorons donc la cause *immédiate* du phagédénisme dans le chancroïde, mais nous connaissons la plupart des conditions ou des causes adjuvantes de cette complication, causes qu'il convient de distinguer en *locales* et en *générales*.

Les *causes locales* du phagédénisme sont : 1° les obstacles à la circulation des liquides dans les parties malades, par suite de constrictions,

tion d'un chancroïde phagédénique sur un individu sain, inoculation qui ne donna lieu qu'à un chancroïde de forme commune.

(1) Dans un travail qui a pour titre : *Théorie de la syphilis* (*Thèse de la Faculté de Paris*, 3 avril 1844), M. le docteur Jules Hélot considère le chancre phagédénique comme étant une des manifestations de la *forme cachectique ou phagédénique de la syphilis* (p. 21). — Nous disons simplement que le chancroïde phagédénique constitue la forme grave du chancroïde : distinction différente de celle qu'établit M. Helot.

d'étranglements, etc. : les chancres du gland et ceux du sillon glando-préputial, compliqués de paraphimosis, sont souvent dans ces conditions; 2° l'emploi intempestif des *caustiques*, des solutions ou des pommades irritantes, particulièrement lorsque les chancres sont douloureux ou enflammés.

Nous insistons dans nos cours d'une manière toute particulière sur l'action des caustiques en tant que cause du phagédénisme, car c'est à leur intervention que nous paraissent devoir être rapportés un grand nombre des chancres phagédéniques. Chez la plupart des malades atteints de chancres *rongeants* que nous avons observés à notre dispensaire et dans notre clientèle, nous avons noté l'abus des caustiques comme étant la cause la plus évidente du phagédénisme, et nous voyons cette même cause intervenir fréquemment, dans les observations de chancres phagédéniques éparses dans les traités spéciaux, et dans les recueils périodiques. On comprend toute l'importance pratique de ce fait, sur lequel nous reviendrons à propos de l'emploi des caustiques dans le traitement du chancroïde.

Les frottements, le contact des matières irritantes (urine, etc.), les érections et le coït, pour les chancroïdes du pénis, pouvant concourir à augmenter l'inflammation dans le chancre, doivent être considérés comme étant des causes adjuvantes du phagédénisme.

Ainsi les causes locales du phagédénisme sont surtout celles qui exagèrent dans le chancroïde, la stimulation et la fluxion.

Mais il importe de remarquer qu'aucune de ces causes ne peut seule produire le phagédénisme, car il est très-fréquent de les voir intervenir sans que cette redoutable complication surgisse. D'autres fois, un chancroïde devient phagédénique, bien qu'il n'ait pas été soumis, d'une manière évidente au moins, à l'action des causes locales dont nous venons de parler.

Les *causes générales* ou *internes* du phagédénisme indiquées par les auteurs sont nombreuses et variées. Une alimentation insuffisante, de mauvaises conditions hygiéniques (air vicié, humidité, etc.), les veilles et le travail exagéré, sont incontestablement des conditions peu favorables à la guérison des chancres : elles peuvent contribuer à les rendre phagédéniques, et cela en privant le sang de ses éléments réparateurs. Les écarts de régime, les excès de table, et surtout l'abus des boissons alcooliques, sont encore signalés, et avec raison, parmi les causes générales du phagédénisme.

L'existence de certains états constitutionnels ou diathésiques, chez les sujets atteints de chancres, contribue puissamment à produire la complication qui nous occupe. Tels sont les diathèses scrofuleuse et syphilitique; la disposition scorbutique et herpétique; l'état gastrique; la prédis-

position aux inflammations ; toutes causes sur lesquelles nous insisterons en parlant du traitement du chancre phagédénique. L'abus des préparations mercurielles, administrées à l'intérieur, a été noté aussi comme produisant le phagédénisme.

Mais il faut bien le reconnaître, on observe des malades soumis à l'action de ces différentes causes générales, et chez lesquelles les chancroïdes ne prennent pas la forme phagédénique ; et il en est d'autres qui sont atteints de chancres rongeants, bien qu'ils soient, ou paraissent être à l'abri de toutes les causes générales que nous venons de signaler.

C'est dire qu'il est des chancroïdes qui deviennent phagédéniques sous l'influence de causes qui nous sont inconnues. Comment comprendre, en effet, que sur le même malade, un chancroïde du limbe du prépuce, par exemple, n'acquiert parfois qu'une étendue insignifiante, et guérit facilement, tandis qu'un bubon, déterminé par ce même chancroïde, devient un chancroïde phagédénique qui peut mettre en danger la vie de ce malade? Il y a, nous le répétons, dans ce fait d'un même malade, présentant dans le même temps, et sous l'influence d'une cause unique, un chancre bénin sur une région, et un chancre phagédénique sur une autre région, toute une démonstration de l'ignorance où nous sommes encore de la véritable cause du phagédénisme.

Benjamin Bell a émis sur ce point obscur de pathologie, la cause du phagédénisme, une opinion qui mérite d'être rappelée. Il pensait que le phagédénisme résultait peut-être d'une différence dans la *nature* du virus inoculé, et que le virus du chancre phagédénique n'était pas le même que celui du chancre ordinaire : « Je soupçonne, d'après les faits suivants, dit Benjamin Bell, que ces variétés (chancres rongeants, phagédéniques) sont quelquefois l'effet de la nature du virus : les chancres de ce genre sont bien plus communs dans certains temps que dans d'autres, et je les ai observés dans le même temps sur *différents individus infectés par la même femme.* Il y a deux ans environ, j'ai rencontré beaucoup plus de chancres phagédéniques en trois ou quatre mois, que je n'en avais vu avant dans le cours de plusieurs années : *quatre* malades les avaient gagnés de la même femme... ; et dans une petite ville où je fus appelé dernièrement, le chirurgien ordinaire me dit que depuis peu de semaines, il avait vu *trois* malades attaqués des mêmes symptômes, également infectés par la même femme. » (*Ouvr. cit.*, t. II, p. 110.)

Notre confrère et ami le docteur Bassereau nous a raconté un cas analogue : — Trois Auvergnats se rendant à Paris pédestrement, cohabitèrent avec la même femme; tous trois furent atteints d'un chancre phagédénique, et traités à l'hôpital du Midi.

Ces faits ne sont pas assez nombreux pour nous permettre de penser que l'origine ou la provenance d'un chancre phagédénique, est parfois la

véritable cause de la complication qui nous occupe; et surtout, pour établir que le chancre phagédénique jouit de la funeste propriété de reproduire fatalement un chancre phagédénique, dans ses migrations d'un individu à un autre. — Le fait expérimental suivant, que nous trouvons dans l'excellente thèse de M. Émile Salneuve, suffirait d'ailleurs pour démontrer le peu de fondement d'une proposition qui serait aussi absolue. Voici ce fait :

En 1852, le 13 avril, un malade reçu à l'hôpital du Midi présente « un vaste ulcère situé sur la face supérieure du gland, et, en partie sur celle de la verge; il a 4 centimètres 1/2 de diamètre transversal et 2 de diamètre longitudinal... Du pus de cet ulcère, inoculé sur le bras droit du malade, produit une ulcération qui, les jours suivants, s'étend rapidement en largeur, sans éroder en profondeur..... *Du pus de ce même ulcère, inoculé par un médecin étranger sur lui-même après s'être déjà infecté volontairement, donna lieu à un chancre virulent non phagédénique* (1).

Les syphiliographes reconnaissent, et décrivent, plusieurs variétés de chancres phagédéniques, à savoir : le chancre phagédénique *pultacé* ou *diphthéritique*, et le chancre phagédénique *serpigineux*.

Chancre phagédénique pultacé ou diphthéritique. — Cette variété, de beaucoup la plus commune, et que le docteur Vidal (de Cassis) considérait comme étant un chancre compliqué de pourriture d'hôpital, revêt les caractères suivants : *étendue* variable de l'ulcération, rarement moindre de 2 ou 3 centimètres, et atteignant parfois plus d'un décimètre; — *fond* constitué par une sorte de détritus ou de bouillie organique de couleur grisâtre; — *bords* souvent amincis et décollés dans une assez grande étendue, tantôt sur un seul point de l'ulcération, tantôt sur tout son pourtour; d'autres fois ces bords sont épaissis, adhérents, et comme *renversés* ou disposés en bourrelet. La *peau*, dans le voisinage de l'ulcération, a parfois une teinte violacée; elle est assez souvent *décollée*, c'est-à-dire séparée du tissu cellulaire dans une grande étendue : Vidal cite un cas dans lequel le fourreau de la verge avait été disséqué dans toute son étendue. (*Ouvr. cit.*, p. 199.) Par suite de ce décollement, il se produit dans quelques cas des perforations de la peau qui forment alors de nouvelles ulcérations, superposées en quelque sorte à l'ulcération principale. — Une suppuration, ou plutôt une sanie abondante s'écoule de la plaie et nécessite de nombreux pansements. — Des *douleurs* parfois très-aiguës se manifestent dans le chancre; dans d'autres cas l'ulcération est indolente, et rappelle, par l'ensemble de ses symptômes, les ulcères dits *atoniques*. — Des *hémorrhagies*, presque toujours graves, à cause de la débilité et de l'état chloro-anémique des malades, surviennent parfois

(1) *De la valeur séméiologique des affections ganglionnaires.* Paris, 1852, p. 24.

pendant la durée du chancre. — Dans presque tous les cas, des *symptômes généraux* se manifestent lorsque l'ulcération est de quelque étendue. — Tous les malades que nous avons observés avaient une *fièvre* continue, avec redoublement le soir ou la nuit, fièvre ayant une grande ressemblance avec celle qui mine sourdement et lentement les malades atteints d'affections suppurantes. — Les fonctions digestives sont très-souvent troublées, et dans les cas graves on voit survenir des dévoiements dont rendent bien compte les ulcérations du gros intestin constastées à l'autopsie (1).

L'extrême abondance de la suppuration, dans tous les cas où le chancre est très-étendu, la fièvre et le dérangement de la fonction digestive, déterminent rapidement un état *chloro-anémique* des plus graves, chloro-anémie qui devient comme une nouvelle cause de phagédénisme. Ajoutons, enfin, que la plupart des malades sont en proie à un profond découragement qui va, chez quelques-uns, jusqu'à une sorte de *sidération nerveuse* sous l'influence de laquelle s'aggravent tous les symptômes locaux et généraux de la maladie.

Le *chancre phagédénique serpigineux* diffère surtout de la variété précédente par la marche envahissante de l'ulcération, qui s'étend sur un point, tandis qu'elle se cicatrise sur un autre. Tels sont les chancres phagédéniques qui, ayant pris naissance dans un bubon suppuré de la région inguinale, s'étendent dans la direction du pli de l'aine, du côté de l'anus, contournent la cuisse, envahissent la région fessière, et guérissent d'un côté pendant qu'ils s'étendent de l'autre. — La déclivité de la plaie, et le séjour du pus virulent sur un point de l'ulcération, pourraient rendre compte de cette marche singulière de l'ulcère serpigineux, si l'on ne voyait, dans d'autres cas, le travail de destruction se produire précisément dans une direction opposée à la déclivité de la plaie, comme on l'observe dans quelques cas de chancre phagédénique inguinal s'étendant sur la région abdominale jusqu'à une assez grande hauteur. « Quelquefois la cicatrice, la réparation, s'opère au centre, et l'ulcération, la destruction se fait remarquer à la circonférence ; de sorte qu'au milieu est un disque inodulaire qui s'agrandit toujours, tandis que les bords se creusent, s'agrandissent toujours plus aussi. » (Vidal, *ouvr. cit.*, p. 201.)

Que le chancre phagédénique appartienne à la forme pultacée ou à la forme serpigineuse, il est un caractère sur lequel nous ne saurions trop insister : c'est la longue durée de la période d'état ou de spécificité de

(1) Dans quatre autopsies faites par M. Mac Carthy à l'hôpital du Midi, notre ancien collègue « a rencontré une inflammation violente du colon tout entier et du rectum, et il a vu leur muqueuse criblée d'ulcérations. » (*Thèse citée*, p. 17.)

l'ulcération. M. Ricord a cité des cas de chancres phagédéniques encore inoculables après plusieurs années de durée.

Suivant la judicieuse remarque faite par M. Baumès (*ouvr. cit.*, p. 211), un chancre phagédénique peut ne plus être inoculable, et persister pendant fort longtemps encore, car il constitue, même dans ces conditions, une ulcération d'une notable étendue, ulcération dont la cicatrisation peut être fort difficile à obtenir, d'abord en raison de cette étendue, et ensuite à cause de la mauvaise disposition générale du malade.

Phimosis et paraphimosis. — Le phimosis, chez un malade atteint de chancroïdes de la muqueuse balano-préputiale, est une complication fâcheuse. Le pus virulent séjournant facilement entre le gland et le prépuce, des inoculations successives ont très-fréquemment lieu. Il est bien rare, en effet, que les chancroïdes ne soient pas multiples dans ces cas. En outre, les chancres ainsi placés dans de mauvaises conditions de guérison, et soumis à l'action de sécrétions âcres et irritantes, s'enflamment très-facilement ; de là des gonflements du prépuce qui s'étendent fréquemment à tout le fourreau de la verge, et prennent parfois un aspect érysipélateux inquiétant.

En raison de la multiplicité des chancroïdes dans ces cas, et à cause de leur situation sur des parties correspondantes de la muqueuse du prépuce et de celle du gland, il en résulte souvent des adhérences très-étendues entre ces parties. Nous avons vu plusieurs malades chez lesquels le prépuce était comme soudé au gland après la guérison de chancroïdes avec phimosis. — Chez un jeune homme, soigné par notre honorable confrère et ami le docteur J. Lemaire et par nous, cette soudure de la muqueuse préputiale à celle du gland, consécutivement à des chancroïdes, était si complète, qu'il nous fut impossible de pratiquer une circoncision régulière : nous dûmes nous borner à exciser le limbe du prépuce, formant comme une sorte de corolle au devant du gland.

D'autres fois les progrès de l'ulcération sont tels, que le prépuce est perforé, et que le gland vient faire hernie au travers de cette singulière ouverture.

Le phimosis, en outre, prolonge singulièrement la durée des chancroïdes par l'obstacle qu'il met aux ablutions, aux pansements, etc., obstacle que l'on est bien souvent tenté de faire disparaître, en pratiquant l'opération du phimosis par incision ou par excision du prépuce ; opération déplorable dans ces conditions, car toute l'étendue des lèvres de l'incision subissant fatalement le contact du pus chancreux, se transforme en un vaste chancroïde, beaucoup plus grave que le phimosis, c'est-à-dire que la complication pour laquelle l'opération était pratiquée.

Le *paraphimosis* est surtout grave en raison de son intensité ou de

son degré; une constriction modérée du gland par le limbe du prépuce à l'état de paraphimosis, n'a pas de très-grands inconvénients; mais une constriction assez forte pour constituer un véritable étranglement est, au contraire, une complication grave, qui peut déterminer le phagédénisme, et par suite la destruction d'une plus ou moins grande partie du gland.

V. — Durée. — Terminaison.

La durée du chancroïde est très-variable, car plusieurs circonstances, telles que, la forme de l'ulcération ; son siége ; son état de simplicité ou de complication ; les traitements auxquels le malade est soumis; le régime, etc., ont une grande influence sur la marche de l'affection. On peut dire cependant que la durée du chancroïde est généralement longue : nous ne connaissons pas d'exemples de chancroïdes qui, abandonnés à eux-mêmes, aient eu une durée moindre de quatre à cinq semaines, et il n'est pas rare de voir des malades dont les chancres sont encore à la période d'état plusieurs mois après le début de l'affection. —On sait qu'il est des chancroïdes de forme phagédénique dont la durée est parfois de plusieurs années.

La durée du chancroïde est généralement en rapport avec l'étendue de l'ulcération. Les chancroïdes les plus petits et les plus superficiels sont ceux qui guérissent le plus promptement; ainsi, tous ceux appartenant à la forme exulcéreuse, ont une durée relativement courte ; ceux de forme phagédénique, au contraire, ont une durée fort longue.

Le *siége* de l'affection a une influence réelle sur sa durée. Les chancroïdes situés dans les régions où ils sont fréquemment *irrités*, guérissent lentement : tels sont ceux du limbe du prépuce compliqués de phimosis ; le passage de l'urine et la distension du prépuce par les érections, les entretiennent dans un état aigu très-propre à prolonger leur durée. Les chancroïdes de l'anus et de la vulve, particulièrement ceux de la fourchette, sont dans des conditions de guérison aussi défavorables, et leur durée est généralement longue.

Parmi les complications que peut présenter le chancroïde, la gangrène est la seule qui abrége sa durée. Nous avons dit que la gangrène détruisait dans le chancre le *principe* virulent auquel l'affection doit sa malignité, et le transformait en une eschare qui est assez rapidement éliminée.

L'inflammation, et surtout le phagédénisme, produisent un résultat bien différent : ces complications immobilisent en quelque sorte le chancroïde à la période d'état.

Certains traitements appliqués au chancroïde (abus des caustiques et

des topiques irritants), les écarts de régime et les excès que commettent si souvent les malades atteints de chancres, prolongent la durée de l'affection, en déterminant dans le chancroïde cet état particulier de surexcitation et de congestion dont l'inflammation et l'ulcération sont les résultats ordinaires.

Le chancroïde doit être rangé parmi les nombreuses affections dont la guérison est la terminaison naturelle. En effet, bien que l'on puisse objecter qu'il est des cas de chancres phagédéniques qui se terminent malheureusement par la mort des malades, il n'en est pas moins vrai que le chancroïde est une affection généralement bénigne, dont la guérison est la terminaison ordinaire, et cela, que l'art intervienne ou n'intervienne pas. Cependant, en tant qu'affection locale, il est incontestable que le chancre non infectant est plus grave que le chancre infectant.

Le chancroïde laisse-t-il des cicatrices? Ici encore il importe d'établir des distinctions. — Le chancroïde de forme exulcéreuse, ne s'étendant pas jusqu'au derme, et surtout ne le détruisant pas, ne laisse point de cicatrices : le chancroïde ulcéreux, et le phagédénique, au contraire, perforant la peau et les muqueuses, sont toujours suivis de la formation d'une cicatrice indélébile dans le point où ils siégent. — Le chancroïde exulcéreux étant relativement rare, il s'ensuit que *dans le plus grand nombre des cas, le chancre non infectant laisse sur nos tissus des traces de son passage, c'est-à-dire des cicatrices.*

§ VI. — Symptômes concomitants.

Les ganglions et les vaisseaux lymphatiques situés dans le voisinage d'un chancroïde présentent fréquemment des altérations qui sont considérées, à juste titre, comme étant symptomatiques, c'est-à-dire dont le chancroïde est la cause déterminante : ces altérations ont été mentionnées par tous les syphiliographes, et nous les décrirons *in extenso* dans le chapitre consacré au *bubon* et à la *lymphite.*

Les adénopathies et les angioleucites concomitantes du chancroïde se présentent, dans la presque totalité des cas, sous la forme aiguë ou phlegmoneuse : la plupart des bubons et des lymphites symptomatiques du chancroïde se terminent par suppuration. La fréquence des bubons phlegmoneux, chez les malades atteints de chancres non infectants, est un fait pathologique sur lequel on ne saurait trop insister, et qui contraste singulièrement avec la rareté de cette même forme d'adénites, chez les sujets atteints d'un chancre infectant.

Mais il est incontestablement des cas dans lesquels le chancroïde dé-

termine des affections des glandes et des vaisseaux lymphatiques qui consistent en de simples engorgements, c'est-à-dire en des bubons ou des lymphites qui ne suppurent pas.

D'autres fois, enfin, le chancre non infectant ne détermine dans les ganglions et dans les vaisseaux lymphatiques avec lesquels il est en rapport anatomique aucune altération appréciable.—Le nombre des malades portant un chancroïde, et n'ayant aucune espèce de bubon ou de lymphite, est beaucoup plus grand qu'on ne le croit. A notre dispensaire et dans notre clientèle, nous voyons plus de malades atteints de chancroïdes et n'ayant pas de bubons que nous n'en voyons chez lesquels existent des adénites concomitantes. Nous ne mettons pas en doute que la pratique hospitalière donne des résultats opposés : les cas de chancroïdes avec bubons doivent être plus fréquents dans les hôpitaux que les cas de chancroïdes sans bubons, par la raison toute simple, qu'un malade atteint d'un chancroïde et d'un bubon, a plus besoin d'un lit à l'hôpital, que le malade chez lequel n'existe pas de bubon.

Le chancroïde ne consistant qu'en une affection locale, c'est-à-dire ne déterminant pas de phénomènes généraux ou diathésiques, l'absence de ces phénomènes doit être prise en très-grande considération, et nous ne manquerons pas d'insister sur ce fait dans l'étude du diagnostic du chancre non infectant. Les seuls symptômes généraux produits par l'ulcère vénérien local, sont ceux que nous avons signalés en décrivant le chancre phagédénique (fièvre, chloro-anémie, dépérissement, etc.)

§ VII. — Du siége du chancroïde.

Nous avons amplement démontré que le chancre infectant n'a pas de siége exclusif. Il en est de même du chancroïde. Il n'est pas une seule région de la peau ou des membranes muqueuses extérieures ; pas un seul point du tégument, en un mot, sur lequel le chancroïde ne puisse prendre naissance et se développer. — Nous dirons donc du chancroïde ce que nous avons déjà dit du chancre infectant : le siége du chancroïde, chez un malade, est déterminé par le mode de contagion auquel ce malade a été soumis. De là vient la diversité du siége du chancroïde.

Il semble donc que les particularités relatives au siége du chancre infectant sont applicables au chancroïde, et que nous pourrions nous dispenser de consacrer un paragraphe à l'étude du siége de cette affection. Il n'en est rien, ainsi qu'il sera facile d'en juger par les considérations qui vont suivre.

Comme nous l'avons fait pour le chancre infectant, nous distinguerons

les chancroïdes qui ont leur siége sur les organes génitaux, chez l'homme et chez la femme, de ceux qui sont situés hors de la région génitale.

1° *Du chancroïde génital.* — Un premier fait d'une grande importance dans l'étude du siége du chancroïde est le suivant : *les organes génitaux, chez l'un et l'autre sexe, sont les régions sur lesquelles on rencontre presque exclusivement le chancroïde.* — Nous ne craignons pas de nous avancer en disant que le chancroïde génital est au chancroïde extragénital comme 99 est à 100. Nous avons, en effet, observé plus de deux mille malades atteints de chancroïdes, et nous en avons à peine trouvé une vingtaine atteints de chancroïdes ayant leur siége hors de la région génitale (1). Nous reviendrons sur ce fait un peu plus loin, en parlant du chancroïde extragénital, et surtout dans le paragraphe consacré à la pathogénie du chancroïde.

Chez l'homme, le chancroïde génital a presque constamment pour siége la muqueuse glando-préputiale. On l'observe très-fréquemment dans le sillon, c'est-à-dire derrière le gland ; dans le voisinage du frein et sur ce repli membraneux lui-même. — Il est moins fréquent sur la face interne du prépuce et sur le limbe ; moins fréquent surtout sur la muqueuse du gland, sur les lèvres du méat urinaire et à l'entrée de l'urètre.

Les chancroïdes du gland et de l'extrémité de l'urètre se rencontrent particulièrement chez les incirconcis atteints de chancroïdes du sillon ou de la face interne du prépuce, et plus particulièrement encore chez les malades atteints de phimosis congénital ou accidentel : il est assez rare, en effet, d'observer des chancroïdes sur le gland ou sur les lèvres du méat urinaire chez les individus dont le prépuce est court, et surtout chez ceux qui ne sont pas affectés, dans le même temps, de chancroïdes du sillon.

Quant aux chancroïdes de la fosse naviculaire, ils sont plus rares encore, et, sans nier leur existence, nous disons que nous n'en avons jamais vu. Nous serons plus affirmatif relativement aux chancroïdes de la cavité de l'urètre (*endo-urétraux* de M. Sperino) : nous ne croyons pas à leur existence. Comment comprendre, en effet, que dans l'acte génital le pus d'un chancroïde puisse être introduit assez avant dans l'urètre, et surtout y être inoculé ? Le dépôt et l'insertion du virus du chancroïde ne sont-ils pas les conditions *sine quâ non* de la production de cette ulcération ? Nous admettons que chez un malade atteint d'un chancroïde du méat urinaire ou de la fosse naviculaire, et chez lequel un instrument étant introduit dans l'urètre, cet instrument puisse porter du pus chancreux dans les parties profondes du canal, et même

(1) La donnée numérique dont nous parlons n'est pas applicable aux prostituées, à cause de la fréquence du chancroïde de l'anus, chez ces femmes.

jusque dans la vessie, et qu'un chancroïde de ces régions soit la conséquence de cette pratique, comme dans le fait rapporté par Vidal (de Cassis). (*Ouvr. cité*, p. 212, 2ᵉ édit.) — Mais hors ces cas particuliers de transport accidentel du pus chancreux dans l'urètre, nous avouons, nous le répétons, ne pas comprendre la possibilité de la production d'un chancroïde sur les régions profondes des voies génito-urinaires.

Les chancroïdes du *fourreau* sont beaucoup plus rares que les chancres infectants de cette même région. Tandis que nous trouvons notés sur le registre de notre dispensaire, du 1ᵉʳ janvier 1856 au 1ᵉʳ juillet 1858, 58 cas de chancres infectants du fourreau (voy. p. 97), nous ne comptons que *trois* cas de chancroïdes ayant leur siége sur l'enveloppe cutanée du pénis.

Les mêmes remarques sont applicables aux chancroïdes du scrotum. Ces ulcérations, très-rares d'ailleurs, ne se développent guère que chez les malades atteints de chancroïdes de la muqueuse glando-préputiale, et sont le résultat de contagions accidentelles (auto-inoculations de voisinage).

Chez la femme, le chancroïde génital a surtout pour siége la muqueuse vulvaire : on le rencontre très-fréquemment sur la commissure inférieure des petites lèvres (fourchette) ; sur les faces et sur les bords de ces appendices; dans la fosse naviculaire ; sur les caroncules myrtiformes et entre ces replis membraneux ; à l'orifice du méat urinaire et à l'entrée du canal ; sur le clitoris et son prépuce, et dans le voisinage de cet organe. — Il est plus rare sur les grandes lèvres, et nous ne l'avons pas fréquemment observé sur la peau qui avoisine les organes génitaux, tandis que nous avons vu plusieurs fois des chancres infectants sur les régions de la peau situées dans le voisinage de la vulve.

Les chancroïdes du *vagin* ne sont pas communs : dans les quelques cas que nous avons rencontrés (huit ou dix), ils étaient situés à l'extrémité supérieure du vagin, dans le voisinage du col (1).

Ceux du *col utérin* sont beaucoup plus fréquents. Le nombre de ceux que nous avons observés est de quinze à vingt. Dans l'espace de dix mois seulement, à Lourcine, M. Grivot-Grancourt a constaté *trois* cas de chancres du col « *éprouvés* par l'inoculation (2). » MM. Ricord, Robert, Boys de Loury et Costilhes, H. Bennet, Gosselin, Bernutz, Becquerel, et la plupart des nombreux auteurs qui ont écrit sur les affections de l'utérus, ont observé et décrit le chancre primitif du col (3).

(1) Dans plusieurs de ces cas il existait un chancroïde sur le col utérin.

(2) *Des ulcérations syphilitiques primitives du col de la matrice.* Thèse de la Faculté de Paris, 1848, p. 8.

(3) M. le docteur Denis, médecin en chef du dispensaire de salubrité, nous a dit avoir ob-

En parlant du chancre infectant du col, nous avons dit que nous ignorions si la *cavité* de cet organe pouvait être le siége de cette ulcération : une observation fort importante, recueillie par M. Combal, à Montpellier, dans le service de M. Delmas, ne permet pas de mettre en doute l'existence du chancroïde intra-utérin. Voici cette observation, qui a pour titre : *Observation de chancre virulent dans la cavité du col utérin.*

« Vers la fin de mars 1840, la nommée J. B..., des environs d'Arles, âgée de vingt-deux ans, d'une taille et d'une beauté remarquables, fut visitée par le professeur Lallemand, et cela par tous les moyens d'investigation connus. Rien ne décela chez elle aucun symptôme syphilitique. Cependant cette visite avait été faite sur l'invitation d'un officier qui se plaignait d'avoir été infecté par cette femme. — Plusieurs plaintes analogues ayant été portées, cette personne fut dirigée sur le dépôt de police, et, en présence d'un assez grand nombre d'élèves, M. Delmas la soumit à un examen très-exact..... *Le col parut sain*, mais en le pressant avec le spéculum il en sortit un liquide muco-purulent avec lequel on pratiqua quatre inoculations sur la cuisse droite de la malade, *inoculations qui revêtirent la forme de quatre chancres bien caractérisés* (1). »

2° *Du chancroïde extra génital, chez l'homme et chez la femme.* — L'étude de ces ulcérations va nous présenter plusieurs particularités curieuses au point de vue de la pathogénie du chancroïde, et surtout fort intéressantes sous le rapport pratique.

Anus et voisinage. — Après les organes génitaux, la région de l'anus est celle sur laquelle nous avons constaté le plus grand nombre de chancroïdes. — En réunissant les cas que nous avons observés chez les femmes publiques, au dispensaire de salubrité et à Saint-Lazare, à ceux que nous avons rencontrés dans notre pratique particulière et à notre dispensaire, nous pourrions en citer une cinquantaine de cas au moins, et il nous serait facile de doubler ce nombre en réunissant ceux épars dans les traités spéciaux ou dans les publications périodiques. — La longue durée du chancroïde, la fréquence des inoculations de voisinage, et la fréquence des cas dans lesquels il donne lieu à des adénites phlegmoneuses de l'aine, sont, nous l'avons déjà dit, autant de circonstances qui nous font découvrir et constater cette ulcération, et multiplient ainsi les faits rela-

servé un grand nombre de chancres du col, et il évalue à une dizaine au moins ceux que l'on constate *tous les ans* parmi les prostituées inscrites à la police.

L'opinion du professeur Scanzoni (*) sur « l'extrême rareté de l'ulcération syphilitique primitive du col de l'utérus. » ne nous paraît vraie que relativement au chancre infectant.

(1) *Journal de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, 1845; et *Gazette médicale de Paris*, 1845, p. 670.

(*) *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, trad. de MM. H. Dor et A. Socin. Paris, 1858, p. 182.

tifs au chancroïde de la région anale. Il siége le plus ordinairement sur l'orifice anal, et plus particulièrement sur la ligne médiane, en avant et en arrière. Les replis de la muqueuse masquent complétement ces ulcérations lorsqu'elles n'ont qu'une petite étendue; mais le plus souvent elles s'étendent jusque sur la peau qui entoure l'anus.

Les plis que forme la muqueuse anale donnent fréquemment aux chancroïdes de l'anus la forme d'une *fissure*. Il est cependant facile de distinguer le chancroïde anal de la fissure, par sa coloration grisâtre et son aspect pultacé, et surtout par l'inoculation. Il est vrai que ces caractères distinctifs n'existent qu'à une certaine période de la durée du chancroïde, au début et à la période d'état. Pendant la période de cicatrisation ou de réparation, il est à peu près impossible d'établir le diagnostic différentiel dont nous parlons, par la raison que le chancroïde en voie de cicatrisation prend les caractères des ulcérations simples (coloration rouge, bourgeonnement, etc.) (1).

Lorsqu'un chancroïde existe sur l'orifice anal, il est très-fréquent d'en observer d'autres plus petits sur la peau qui environne l'anus. Le nombre de ces chancres, qui sont dans la plupart des cas le résultat d'inoculations successives et de voisinage, est parfois considérable : sur plusieurs malades nous avons constaté jusqu'à dix-huit et vingt chancroïdes successifs de l'anus. — Heureusement ces chancroïdes n'acquièrent pas une grande étendue : s'il en était autrement, le pronostic des chancroïdes de l'anus serait fort grave, tandis qu'il est d'observation que ces ulcères, bien que lents à guérir, se terminent constamment d'une manière favorable. Nous ne connaissons pas d'exemple de chancroïde phagédénique de cette région.

Une particularité importante au point de vue médico-légal, et relative aux chancres de l'anus, a été signalée par M. A. Tardieu : ces ulcérations étant presque toujours la conséquence de rapprochements contre nature, il n'est pas rare de les voir siéger du même côté « sur l'organe passif et sur l'organe actif ; ce qui est le contraire de ce que l'on observe dans les cas de rapprochements naturels entre les deux sexes, et ce qu'explique suffisamment la différence de position. J'ai noté plus d'un exemple de ce genre, dit M. Tardieu, dans lesquels la vérité jaillissait, pour ainsi dire, de la simple comparaison des deux individus soumis à l'examen. » (*Ouvr. cité*, p. 141.)

Nous venons de dire que les rapports *à venere præposterâ* étaient le

(1) Les chancroïdes de la région anale peuvent encore être confondus avec certaines lésions constitutionnelles très-communes sur cette région (papules muqueuses ulcérées et végétantes) ; nous reviendrons sur ce diagnostic en décrivant les affections consécutives de l'anus. — Enfin, nous rappellerons que quelques auteurs confondent sous la dénomination de *rhagades de l'anus* toutes les affections syphilitiques de forme ulcéreuse, de la région de l'anus.

mode de contagion qui précédait le plus ordinairement les chancroïdes de l'anus. Il nous paraît inutile d'insister sur l'exactitude de cette proposition, mais nous devons ajouter que l'on se tromperait si l'on rapportait tous les cas de chancroïdes de l'anus, chez l'homme et chez la femme, à des rapprochements contre nature. Nous avons observé plusieurs malades chez lesquels des chancroïdes de la région anale n'avaient nullement pour origine des rapports *à venere præposterâ*. Ainsi, chez une femme visitée par nous au dispensaire de salubrité, et atteinte d'un chancroïde de la commissure postérieure de la vulve, des chancroïdes de la marge de l'anus avaient pris naissance sur des piqures de sangsues.

La proximité des organes génitaux de la région anale, chez la femme; la facilité avec laquelle les sécrétions vulvaires et vaginales se répandent sur le périnée et aux environs de l'anus ; et aussi la fréquence des érosions de la peau de la région anale, surtout chez les femmes douées d'embonpoint, suffisent pour nous faire comprendre que des chancroïdes de la vulve, du vagin, du col utérin, etc., peuvent s'inoculer accidentellement sur la région de l'anus.

S'il n'en est pas de même chez l'homme, les doigts peuvent servir de moyen de transport au pus chancreux, et ainsi devenir les intermédiaires de la contagion. Nous avons vu à l'hôpital du Midi (1855) un malade atteint de chancroïdes multiples de la muqueuse préputiale et d'un prurigo de l'anus, qui, en se grattant, s'inocula sur la peau qui environne l'anus quinze à vingt chancroïdes (1).

Région céphalique. — Lèvres, bouche, œil, etc. — Dans un excellent travail, lu en séance publique de l'administration des hôpitaux civils de Lyon, le 30 décembre 1854 (2), M. le docteur A. Rodet appela, le premier, l'attention des pathologistes sur un fait singulier, à savoir, que tous les chancres des lèvres et « presque tous ceux de la langue » qu'il avait observés avaient été suivis d'infection générale (p. 43). D'où M. Rodet concluait que « les chancres simples ne se montrent pas sur les lèvres, ou tout au moins qu'ils ne s'y rencontrent qu'exceptionnellement (p. 44), fait qui mettait, suivant lui, en évidence l'influence du siége du chancre sur la production de l'infection constitutionnelle, et conséquemment infirmait la doctrine nouvelle de la transmission du chancre dans son espèce. En effet, si certaines régions ou certains tissus prédisposent plus que d'autres à l'induration du chancre, c'est-à-dire à l'infection constitutionnelle, « soit parce qu'ils sont pourvus d'un plus grand nombre de vaisseaux lymphatiques, soit parce que l'absorption s'y exerce d'une manière plus

(1) Il est vraisemblable que quelques-uns de ces nombreux chancroïdes étaient le résultat d'inoculations de voisinage.

(2) *Compte rendu du service chirurgical de l'Antiquaille.* Lyon, 1855.

active » (p. 44), il est bien certain que la provenance ou la filiation d'un chancre n'est pas la *seule* cause de ses effets ultérieurs, diathésiques ou locaux seulement.

La démonstration du peu de valeur de l'argument de M. Rodet, en tant qu'infirmant la *loi* de transmission du chancre, ne doit pas nous occuper ici : disons seulement que cet argument vient singulièrement en aide aux partisans de la doctrine *unitéiste*, et qu'il fit fortune à Paris, grâce à l'appui que lui donna M. Ricord. Ce que M. Rodet avait dit du chancre des lèvres et de la langue, M. Ricord l'appliqua aux chancres de la tête, déclarant qu'il n'avait pas encore observé de chancroïdes sur cette région : la question du chancre céphalique devint alors « une question *capitale.* » (*Leçons sur le chancre*, p. 22) (1).

La région de la tête est-elle donc inaccessible au chancroïde? Jouit-elle d'une sorte d'immunité contre le virus du chancre simple ? C'est ce que nous allons rechercher.

Dans l'étude du *chancroïde de la région céphalique* il y a trois choses bien distinctes à considérer : 1° les faits cliniques ; 2° ceux fournis par l'expérimentation ; 3° l'interprétation de ces deux ordres de faits. — Nous ne nous occuperons ici que des deux premiers points, le troisième devant être traité dans le paragraphe consacré à la *pathogénie* du chancroïde.

1° *Faits cliniques.* — L'extrême rareté du chancre non infectant ayant pour siége la région de la tête, est un fait pathologique incontestable. « Durant vingt-cinq ans de pratique, dit M. Ricord, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas bien authentique de chancre mou développé sur la face ou sur le crâne. Et pourtant c'est par centaines qu'il me faudrait compter les exemples de chancres céphaliques qui se sont présentés à mon observation... Mes collègues du Midi n'ont pas été plus heureux que moi... il ne leur est jamais arrivé de rencontrer un seul chancre non infectant de la région céphalique. » (*Ouvr. cité*, p. 20.) M. Ricord ajoute qu'après avoir compulsé les annales de la science, il n'a trouvé que deux cas douteux de chancroïde céphalique, d'où il conclut que « jusqu'à ce jour il n'existe pas un fait bien établi de chancre mou développé sur la face, ou, d'une façon plus générale encore, de chancre mou céphalique. » (*Loc. cit.*) A l'appui de l'opinion de M. Ricord, nous dirons : qu'à l'exception d'un cas, douteux aussi, dont nous parlerons bientôt, ni nos notes, ni nos souvenirs ne nous fournissent un seul exemple de chancroïde ayant eu pour siége la région céphalique; que M. Diday n'a ob-

(1) L'appui donné par M. Ricord à l'argument de M. Rodet fut si plein de discrétion, que l'intelligent rédacteur de ses leçons, M. Fournier, a pu écrire, en parlant de cet argument : « Quel en fut le père? Je l'ignore, et nul n'a pu me renseigner sur ce point d'une façon péremptoire. » (*Étude sur le chancre céphalique*, Paris, 1858, p. 7.)

servé qu'un seul fait de chancroïde de la lèvre, fait resté douteux pour lui, l'inoculation n'ayant pas été pratiquée ; et enfin que plusieurs anciens internes de l'hôpital du Midi, consultés sur cette question, ont déclaré n'avoir jamais observé de chancre simple sur la région céphalique.

Il est donc hors de doute que le chancroïde a très-rarement son siége sur la région de la tête. Mais faut-il croire et dire qu'il n'existe pas dans la science un fait bien établi de chancre mou développé sur la face? Nous ne le pensons pas, les faits suivants nous paraissant être des exemples de chancroïdes de la face.

Obs. — MM. Boys de Loury et Costilhes, nous l'avons déjà dit (p. 180), ont rapporté dans leur intéressant mémoire, que deux femmes atteintes de chancres à la vulve, s'inoculèrent accidentellement le virus de ces chancres : l'une à l'angle interne de l'œil droit, en y portant les doigts imprégnés du virus des chancres vulvaires ; l'autre dans le conduit auditif externe, en se grattant. — Ce que nous savons de la non-inoculabilité du chancre infectant au malade qui le porte, nous permet de penser, que dans ces deux observations, il s'agissait réellement de deux cas de chancroïdes de la tête.

Obs. — M. Ricord a cité (*Clinique iconographique*, pl. XXI) l'observation d'un jeune homme atteint « d'un ulcère virulent primitif de la gencive, contracté par le fait de l'application de la bouche sur les organes génitaux d'une femme affectée de chancre, ulcère qui ne fut pas suivi d'infection constitutionnelle, ainsi qu'on a pu le constater longtemps après l'époque où il aurait dû se développer. »

Deux circonstances capitales dans cette observation, l'origine contagieuse de l'ulcération de la gencive, et l'absence d'accidents constitutionnels chez le malade, ne nous permettent pas de partager l'opinion de M. Ricord, sur le peu de valeur de son observation (*Leçons*, etc., p. 20).

Obs. — Chez une jeune personne de dix-neuf ans, M. Diday a vu une ulcération de la lèvre inférieure qui offrit les caractères et eut la durée d'un chancre primitif. Cet ulcère persista pendant un mois. Il n'était pas induré, *ne développa dans la région sous-maxillaire aucune adénite, et n'a pas été suivi d'accidents constitutionnels.*

Obs. — Nous avons observé un fait analogue. — Chez une jeune femme du *demi-monde* qui nous consultait pour une affection du cœur, notre attention fut attirée par la présence d'une cicatrice siégeant sur le bord libre de la lèvre inférieure, très-exactement sur la ligne médiane. — Nous apprîmes que cette cicatrice résultait d'une ulcération qui avait duré près de deux mois, n'avait donné lieu à aucun engorgement des ganglions sous-maxillaires, et surtout n'avait été suivie d'aucun des symptômes de la syphilis généralisée ; circonstances dont nous nous assurâmes par de nombreuses et minutieuses questions. — M. Demarquay, plusieurs fois consulté par la malade, avait diagnostiqué un chancre.

2° *Faits fournis par l'inoculation.* — Si les observations qui précèdent peuvent laisser quelque incertitude dans l'esprit du lecteur, relativement à l'existence du chancroïde *clinique*, c'est-à-dire du chancroïde développé

après contagion, sur la région céphalique, il n'en sera pas de même des faits qui vont suivre : ceux-ci nous étant fournis par l'inoculation expérimentale, ils réunissent *toutes* les conditions de la certitude, et démontrent péremptoirement que *la région céphalique ne jouit d'aucune immunité contre le chancroïde, immunité qui serait, suivant M. Diday, la véritable cause de l'extrême rareté du chancre non infectant céphalique* (1).

Voici ces faits : nous les rapporterons en suivant l'ordre chronologique de leur publication.

Dans le n° 24 de la *Gazette médicale de Lyon*, année 1857, M. Diday, le premier, signala une inoculation artificielle du chancroïde sur la région céphalique, pratiquée par M. Rollet sur un malade de l'Antiquaille, inoculation dont les détails méritent d'être rapportés.

Obs. — « Le 18 septembre 1857, sur mon invitation expresse, à laquelle il voulut bien se rendre, dit M. Diday, M. Rollet recueillit sur une lancette le pus provenant de chancres du fourreau ; ces chancres, au nombre de deux, existaient depuis quinze jours chez un jeune homme, et *avaient tout l'aspect de chancres simples.....* Avec une lancette chargée de ce pus, M. Rollet fit deux piqûres au-dessus de l'*apophyse mastoïde*, chez un vieillard cancéreux, mais exempt de syphilis actuelle ou passée. — Sur chacun des points piqués il se développa en deux jours un chancre qui offrit les caractères du chancre simple. Deux mois après, aucun accident qu'on pût leur attribuer n'avait paru chez ce sujet. »

Dans un mémoire lu à la Société des médecins de Kieff, le 20 février 1858, par le professeur C. de Huebbenet, et publié par M. B. Milliot dans l'*Union médicale*, le 20 mai 1858, nous trouvons une observation très-probante d'inoculation d'un chancroïde sur la région céphalique.

Obs. — « K. B..., soldat du régiment d'infanterie de Nijni-Nowgorod..... n'a jamais eu la syphilis.... » Le 22 novembre 1857, inoculation sous l'arcade zygomatique gauche avec le pus d'un ulcère vénérien dont la virulence avait été constatée d'avance par une autre inoculation..... Le jour suivant, apparut une petite papule, puis une pustule, et enfin une ulcération à fond lardacé et sans la moindre induration..... *Une adénite phlegmoneuse* se manifesta vers la région parotidienne : elle fut ouverte le 9 janvier, et « présenta l'aspect d'*un chancre ganglionnaire.* »

Les quatre observations qui vont suivre, bien que postérieures aux deux précédentes par la date de leur publication, doivent cependant être considérées comme antérieures à celles de MM. Rollet et de Huebbenet : elles appartiennent à M. le docteur Bassereau, et ont été consignées dans la thèse de M. Buzenet (21 août 1858). En voici le résumé :

Obs. I. — Trois chancroïdes du prépuce; inoculation du pus de l'un d'eux

(1) *Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*, année 1858, p. 284.

(6 juillet 1855) *sur le bord de la lèvre inférieure.* — Résultat positif : « l'ulcère est tout à fait semblable à ceux du prépuce. » On l'inocule sur le bras gauche du malade et l'inoculation est positive. — Pas d'accidents constitutionnels ultérieurement.

Obs. II. — Jeune homme et jeune fille atteints de chancroïde des organes génitaux. « Le 7 juillet 1855, inoculation du pus du chancre du frein à tous les deux, sur la commissure droite des lèvres. Elle réussit chez tous deux..... Pas d'accidents constitutionnels ultérieurement. »

Obs. III. — Homme et femme atteints des mêmes lésions génitales que les précédents malades. — Le 10 janvier 1856, sur l'homme, du pus chancreux pris sur le pénis est déposé *sur une gerçure de la lèvre inférieure* : résultat positif. — Chez la femme, une inoculation faite sur la face interne de la lèvre est positive aussi. — Pas d'accidents constitutionnels.

Obs. IV. — Garçon de vingt-six ans : quatre chancres mous du reflet. — Inoculation positive sur la face interne de la lèvre inférieure, à l'angle gingivo-labial.

Enfin, M. Puche, dont les inoculations expérimentales ont été rapportées dans tous leurs détails par M. Nadaud des Islets (1), a fourni son contingent de faits positifs dans la question qui nous occupe, et, comme le dit M. Diday, nous leur trouvons « un caractère de précision qui dispense d'une analyse étendue. »... « L'*intrépide* expérimentateur a inoculé dix-neuf fois avec succès, le pus d'un chancroïde sur la tête, à savoir : douze fois à la région sous-mentonnière, six fois à la région mastoïdienne, une fois à la région sincipitale. — Le pus avait été emprunté tantôt à un chancroïde génital du sujet lui-même, tantôt à un autre malade porteur de chancroïdes. ».... « Huit fois sur ces dix-neuf expériences, M. Puche a repris du pus à la surface de l'ulcération des régions céphaliques, et, l'ayant inoculé à l'un des flancs, il a, en obtenant là un nouveau chancroïde, prouvé que l'ulcération céphalique était bien elle-même un chancroïde. » (*Annuaire de la syphilis*, p. 285.)

De ce qui précède, il résulte donc : 1° que le chancroïde *clinique* de la région céphalique, c'est-à-dire le chancroïde transmis par contagion, est extrêmement rare ; 2° que l'inoculation artificielle du pus de cette même ulcération, sur un des points de la face ou de la tête, réussit très-facilement : faits dont la contradiction n'est qu'apparente, ainsi que nous le dirons à propos de l'étude de la pathogénie du chancroïde.

Différentes régions du *tronc* et des *membres* peuvent être le siége de chancroïdes. Nous en avons observé sur la région hypogastrique, dans l'aine, sur le grand pectoral, entre les seins (2), sur les cuisses, sur les pieds et sur les doigts.

(1) *De l'inoculation du chancre mou sur la région céphalique.* Thèse. Paris, 31 août 1858.

(2) Un seul cas, chez une femme galante dont les réponses embarrassées à nos questions sur

Il est pour ces chancroïdes extragénitaux plusieurs particularités qui n'ont pas été signalées. Dans la plupart des cas, ils sont la conséquence d'une auto-inoculation accidentelle, opérée, soit par le contact des organes génitaux atteints de chancroïdes (cuisse, région de l'aine, hypogastre, chez l'homme), soit par l'intermédiaire des doigts souillés de pus chancreux, et cela chez les malades portant des chancroïdes des parties sexuelles, qui, après leurs pansements, n'ont pas le soin de laver leurs mains. Mais ce qu'il importe de remarquer, c'est que dans tous les cas, ces chancroïdes sont pour ainsi dire greffés sur une solution de continuité préexistante de la peau. —Lors donc qu'un malade est atteint d'un chancroïde qui a pour siége une région sur laquelle il n'est guère possible de supposer qu'un simulacre de copulation a eu lieu, on peut dire, *à priori*, que ce malade est atteint d'un chancroïde génital, et que le point du tégument sur lequel on observe le chancre était le siége d'une solution de continuité (plaie, écorchure, éruption, *bouton*, etc.). En parlant de la multiplication des chancroïdes, nous avons mentionné plusieurs faits d'auto-inoculations de chancres simples sur le tronc et sur les membres ; nous les rappellerons : deux chancroïdes de la face dorsale des pieds, un autre siégeant sur la région pectorale, trois sur la cuisse, deux sur la région céphalique, et enfin *cinq cas* sur les doigts.

Il est une région sur laquelle on n'a peut-être jamais observé un seul cas de chancre infectant, et qui est par fois le siége de chancroïdes : nous voulons parler de la *région inguinale*. —Voici dans quelles conditions se développent les chancroïdes de cette région : Lorsqu'un homme est atteint de chancroïdes de la muqueuse glando-préputiale, si le pénis, mal enveloppé, porte sur l'une ou l'autre aine, il souille ces régions, et, si le pus chancreux se trouve en contact avec une solution de continuité de la peau (pustules d'acné, folliculite, etc.), un chancroïde s'y forme facilement. — D'un autre côté, si chez ce même malade une adénite phlegmoneuse de l'aine a été incisée, ou si des sangsues ont été mises sur la tumeur, ces solutions de continuité de la peau sont autant de portes ouvertes à la contagion des chancroïdes du pénis, et dans ces cas-là encore la région inguinale deviendra le siége d'un chancre simple. — Mais il est un troisième cas de chancroïde inguinal complétement différent des deux précédents par son mode de production : c'est celui dans lequel un ganglion lymphatique devient le siége d'un foyer chancreux que l'on a désigné sous le nom de *chancre ganglionnaire*. Un des ganglions de l'aine est pris d'une inflammation aiguë; il abcède, et la cavité qui renferme le pus

le mode de formation de ce chancroïde, nous firent assez comprendre qu'elle ne l'avait pas contracté en se grattant.

revêt bientôt tous les caractères du chancroïde, et cela en l'absence de tout contact direct ou *externe* avec du pus chancroïdien, fait sur lequel nous reviendrons en décrivant le *bubon* et la *lymphite.*

Ainsi la région de l'aine est le siége de deux variétés bien distinctes de chancroïdes : l'une qui a lieu par contagion directe du virus chancreux ; l'autre qui semble se produire en l'absence de tout contact et paraît résulter de l'absorption, et du passage de ce même virus dans les lymphatiques des organes génitaux.

L'*influence du siége du chancroïde* sur sa forme, sa durée, etc., est incontestable. Les plus mauvaises conditions de siége du chancroïde sont celles dans lesquelles l'ulcération est exposée aux irritations, soit par le fait de son contact avec des sécrétions ou des excrétions physiologiques, soit par tout autre mode d'incitation.

Le siége du chancroïde, en outre, a une grande influence sur les complications qui se manifestent pendant la durée de l'ulcération (inflammation, gangrène, phagédénisme) et aussi sur la production des *bubons.* Nous verrons, en effet, que chez l'homme les chancroïdes du sillon glando-préputial, du frein et du limbe du prépuce, sont bien plus fréquemment accompagnés d'adénites que ceux des autres régions.

Nous ne terminerons pas ce qui a trait au siége du chancroïde sans parler d'un fait dont la singularité peut devenir une cause d'erreur. — Chez un homme ayant été atteint et guéri d'un chancre infectant génital, un chancroïde, après de nouveaux rapports sexuels, peut se développer sur le point où avait siégé le chancre infectant. Nous avons observé plusieurs cas de ce genre. — Que l'on suppose maintenant un malade portant un chancre infectant du sillon glando-préputial, dont l'induration n'a pas tout à fait disparu, et contractant un chancroïde sur ce *résidu* d'induration ; on pourra facilement croire que chez ce malade il s'agit d'un second chancre infectant, ou d'une récidive du premier ; et si ce chancroïde *greffé* sur une induration, donne lieu à un bubon virulent, on verra, à tort, dans ce fait, un exemple de chancre induré ayant produit un bubon phlegmoneux inoculable ; ou bien, encore, si ce chancre infectant a été méconnu, on pensera qu'il s'agit, chez ce malade, d'une syphilis constitutionnelle consécutive à un chancre simple.

§ VIII. — Du diagnostic du chancroïde.

Le chancroïde étant, comme le chancre infectant, une ulcération contagieuse et inoculable, nous suivrons dans l'étude de son diagnostic l'ordre qui nous a guidé dans l'étude du diagnostic du chancre vrai. —

Nous examinerons donc successivement quelles sont les données fournies au diagnostic : 1° par l'*inoculation ;* — 2° par l'examen respectif des malades (*confrontation*) ; — 3° par l'*analyse des symptômes* qui caractérisent la lésion qui nous occupe ; — 4° enfin, par l'étude de la *symptomatologie* des affections qui ont le plus de ressemblance ou de rapports avec le chancroïde.

1° *De l'inoculation artificielle ou expérimentale, appliquée au diagnostic du chancroïde.*

L'inoculation expérimentale a une grande importance dans le diagnostic du chancre non infectant, et cela parce que

LE CHANCROÏDE EST INOCULABLE AU MALADE QUI LE PORTE, QUELS QUE SOIENT D'AILLEURS LES ANTÉCÉDENTS SYPHILITIQUES DE CE MALADE : proposition dont il va nous être facile de fournir les preuves.

Nous avons dit et démontré, que l'un des caractères les plus importants du chancre infectant était de ne pouvoir être inoculé au malade qui le porte. — Il n'en est pas de même du chancroïde : son produit de sécrétion, inoculé à l'aide d'une lancette, d'une épingle, etc., sur un point des téguments (peau ou muqueuses extérieures) du malade lui-même, atteint de cette affection, détermine sur ce point une ulcération identique avec celle d'où provient la matière inoculée : l'*auto-inoculation du chancroïde est constamment positive, lorsqu'elle est pratiquée pendant la durée de la période d'état de l'ulcération.*

Les preuves de la propriété dont jouit le chancre non infectant, de pouvoir être inoculé au malade qui le porte, sont si nombreuses, que nous oserons affirmer qu'il n'est pas en pathologie un seul fait mieux établi.

Et d'abord, si l'on veut bien remarquer que les faits fournis par l'expérimentation, en pathologie ou en physiologie, ne sont guère que la répétition ou la reproduction de phénomènes qui se produisent spontanément, on trouvera, que le fait de la multiplication des chancroïdes, chez un malade, par suite d'inoculations successives et de voisinage (inoculations dont nous avons donné des exemples) ; — ou par suite du transport du pus virulent sur certaines régions ; si l'on veut bien, disons-nous, réfléchir à ces inoculations accidentelles, on conviendra qu'elles suffiraient, en l'absence de tout autre ordre de preuves, pour établir que le chancroïde est auto-inoculable, c'est-à-dire inoculable au malade qui le porte. — En effet, lorsque, comme dans les observations que nous avons rapportées plus haut, on voit des malades portant un chancroïde des organes génitaux, inoculer accidentellement le pus de cette ulcération, sur des plaies ou des

écorchure, des pieds, des doigts, de la cuisse, de l'anus, de l'aine, etc., et que ces plaies ou ces écorchures deviennent ensuite des chancroïdes, est-il possible, en présence de ces faits d'inoculations accidentelles, de mettre en doute la propriété dont jouit le chancroïde d'être inoculable au malade lui-même qui en est atteint? Incontestablement non.

Mais nous ne saurions nous contenter de preuves tirées de l'analogie : nous allons donc donner les preuves directes de la propriété que possède le chancroïde d'être inoculable artificiellement aux malades qui en sont atteints, car la vérification de cette propriété constitue la base la plus solide du diagnostic du chancroïde.

I[er] Fait. — En 1845, à nos débuts dans la pratique, un élève en médecine, aujourd'hui médecin à Paris, nous consulta pour une affection du gland consécutive à un coït suspect, et consistant en un grand nombre de petites ulcérations qui nous parurent être des chancres. Un peu hésitant dans notre diagnostic, nous conseillâmes à ce jeune homme de s'adresser à un de nos maîtres. — Notre diagnostic ne fut pas confirmé. — Cependant, les ulcérations ne guérissant pas, et donnant une extrême inquiétude au malade, nous lui proposâmes, et il accepta une inoculation expérimentale comme moyen de diagnostic du chancre (1). Avec une lancette *chargée* sur une des ulcérations du gland, nous fîmes une inoculation sur la partie antérieure et moyenne de la cuisse droite du malade. — *L'inoculation fut positive.*

La multiplicité et l'aspect des chancres nous ayant fait juger qu'ils n'étaient pas infectants, le malade ne fit qu'un traitement simple, c'est-à-dire non mercuriel : il guérit, et aucune des manifestations de la syphilis généralisée ne s'est produite chez lui depuis cette époque.

II[e] Fait. — Nous rapprocherons de ce fait le suivant, en raison de la similitude des circonstances qui l'ont accompagné.

Dans le courant du mois de juin 1857, un docteur étranger conduisit auprès de nous un de ses amis, docteur en médecine aussi, atteint d'une ulcération de la muqueuse préputiale, consécutive à des relations sexuelles fort suspectes. — Le malade et son ami, ne mettaient pas en doute l'existence d'un chancre, mais ils voulaient savoir si ce chancre était infectant ou non infectant. Une inoculation fut pratiquée à l'aide d'une épingle, sur la muqueuse préputiale, dans le voisinage du chancre. — *Elle fut positive*, à la grande satisfaction du malade, qui connaissait nos opinions sur le chancre infectant. — Le chancre resta local.

III[e] Fait. — 18 juin 1855 (au dispensaire). — Henri X..., ouvrier carrossier, soigné par nous en octobre 1852 d'une syphilis constitutionnelle de forme grave (ecthyma syphilitique). — Ce malade porte sur la muqueuse préputiale (sillon), sur le limbe du prépuce et sur le gland, huit ou dix ulcérations ayant l'aspect du chancroïde, ulcérations dont il a observé avec soin le début et la marche. Il nous apprend qu'*elles se sont manifestées successivement*, et il nous désigne les plus récentes. — Nous diagnostiquons des chancroïdes.

Avec une épingle non chargée de virus nous pratiquons une très-petite excoriation

(1) Nous ne savions pas à cette époque, (1845) que le chancre *infectant* n'est pas inoculable au malade qui le porte.

dans le voisinage des chancroïdes du sillon (inoculation par approche), afin de démontrer que les chancroïdes successifs sont dus à des inoculations de voisinage.

26 juin. — L'excoriation pratiquée avec une épingle s'est transformée en un très-petit chancre.

IV[e] Fait. — 28 novembre 1855 (dispensaire). — Paul X..., pâtissier. Ulcérations nombreuses (douze à quinze) sur la muqueuse préputiale, sur l'extrémité du gland et sur le limbe du prépuce. Toutes ont l'aspect du chancre simple. — Le malade nous apprend que pendant les huit ou dix premiers jours il n'existait qu'une seule ulcération, dans le sillon glando-préputial, et que les autres se sont manifestées successivement.

Diagnostic : — Chancroïdes multiples, de forme ulcéreuse. — Inoculation sur la face cutanée du prépuce. — L'inoculation a été positive.

V[e] Fait. — Janvier 1856. — Un peintre en bâtiments, ayant passé la cinquantaine, se présente au dispensaire pour y être traité d'une ulcération siégeant sur le gland. — Incertitude sur la nature de l'ulcération. — Inoculation sur la muqueuse préputiale, dans le sillon glando-préputial. — L'inoculation a été positive.

Le malade, vers la fin de cette même année, est venu réclamer nos soins pour une blennorrhée. Aucune affection syphilitique constitutionnelle ne s'était manifestée après les chancres contractés en janvier.

VI[e] Fait. — 12 mars 1856. — Étienne X..., ouvrier forgeron, se présente à la consultation de notre dispensaire. — Deux larges ulcérations à surface végétante existent depuis cinq semaines sur la muqueuse préputiale, en arrière du gland. — Adénite phlegmoneuse dans l'une et l'autre aine.

Le malade nous rappelle qu'il a été traité par nous, il y a quatre ans (1852) de la syphilis constitutionnelle.

Diagnostic : — Chancroïdes du sillon glando-préputial ; adénites phlegmoneuses, non virulentes. — Inoculation sur la muqueuse préputiale, dans le voisinage des chancres, faite dans le but de nous assurer et de démontrer que le chancroïde qui détermine des adénites phlegmoneuses est bien la même affection que l'ulcère contagieux et inoculable ne produisant pas d'adénites.

18 mars. — L'inoculation a été positive ; elle a donné lieu à une très-petite ulcération présentant tous les caractères du chancroïde.

VII[e] Fait. — Le 15 décembre 1856, un malade atteint de phimosis et portant sur le limbe du prépuce *cinq* ulcérations *indurées* à leur base, se présenta au dispensaire.

M. Guyomar, notre aide de clinique à cette époque, ayant eu maintes fois l'occasion de vérifier au dispensaire notre opinion relativement aux fausses indurations du chancroïde du limbe du prépuce, alors qu'il y a phimosis, fausses indurations produites par la distension du prépuce dans les érections et par le passage de l'urine, pensa que les ulcérations de ce malade n'étaient pas des chancres indurés, mais des chancroïdes, et il inocula le produit de sécrétion de l'une des ulcérations sur la face dorsale de la verge. — L'inoculation fut positive, et donna lieu à un chancroïde qui acquit l'étendue d'une pièce de 20 centimes.

VIII[e] Fait. — Le 4 mai 1857, un jeune homme vint à la consultation du dispensaire pour y être traité d'une ulcération siégeant sur la muqueuse préputiale, dans

le sillon du gland, ulcération présentant un certain degré d'induration, et accompagnée d'engorgements ganglionnaires multiples de l'aine gauche. — Cette ulcération avait l'étendue d'une pièce de 50 centimes; elle datait d'un mois, et avait suivi de très-près un coït infectieux. — Une autre ulcération plus petite, sans aucune induration, existait sur le fourreau de la verge. Le malade affirmait que cette ulcération ne datait que de huit jours, et qu'il n'avait pas eu de nouveaux rapports sexuels depuis le début de l'ulcération du sillon. — Nous devions donc considérer l'ulcère du fourreau comme étant le résultat d'une inoculation de voisinage, et, malgré l'existence des adénopathies *non phlegmoneuses* de l'aine, nous annonçâmes qu'il s'agissait, chez ce malade, de chancroïdes et non de chancres infectants.

Plusieurs des assistants, très-versés dans le diagnostic différentiel du chancre vrai et du chancroïde, se fondant sur l'induration (quoique faible) dont la base du chancre du sillon était le siége, et sur la présence des engorgements ganglionnaires de l'aine gauche, pensèrent que ce chancre était infectant. Quant au chancre du fourreau, dont le début, au dire du malade, ne remontait pas au delà de huit jours, ils le considéraient, ou comme étant un fait exceptionnel d'inoculation accidentelle positive du chancre infectant, ou comme un chancre infectant contemporain de celui du sillon, mais n'ayant pas été constaté par le malade à son début réel.

L'existence des adénopathies, et surtout leur forme indolente, qui, on le sait, appartient surtout aux adénites concomitantes du chancre infectant, nous décida à faire intervenir l'inoculation comme moyen de diagnostic. — Avec une épingle *chargée* sur le chancre du sillon, nous pratiquâmes sur la muqueuse préputiale une très-petite excoriation, en annonçant que très-vraisemblablement nous la trouverions transformée en un chancroïde à notre prochaine réunion.

Le malade revint au dispensaire le lundi suivant, 11 mai : un chancroïde type existait dans le point inoculé. Notre diagnostic était donc confirmé, à la grande satisfaction du malade, auquel nous avions dit qu'une inoculation positive ferait cesser les craintes que plusieurs d'entre nous avaient sur l'état de sa santé, à savoir, s'il avait ou n'avait pas la syphilis constitutionnelle.

Il nous serait facile de produire un plus grand nombre de faits relatifs à la propriété dont jouit le chancre non infectant d'être inoculable au malade qui le porte. La nécessité de nous limiter nous oblige à ne citer que ceux rapportés plus haut. D'ailleurs ces faits existent en très grand nombre dans les traités ou dans les mémoires consacrés à la syphilis. — En effet, la non-inoculation du chancre infectant (auto-inoculation négative) au malade qui le porte étant un fait reconnu et admis, les innombrables auto-inoculations positives du chancre, citées par les auteurs, doivent être considérées comme étant relatives au chancroïde. — Peut-on douter, par exemple, en parcourant les nombreuses observations d'auto-inoculations positives consignées par M. Ricord dans son *Traité Pratique*, qu'il s'agisse de chancres non infectants, lorsqu'on voit qu'elles ont trait à des malades ayant, les uns des chancres multiples, les autres des bubons suppurés, ou enfin à d'autres malades, ayant ou ayant eu, la syphilis constitutionnelle?

Les preuves de l'inoculabilité du chancroïde ont été, en outre, amplement fournies par les médecins qui ont mis en pratique, sur l'homme, la

décevante doctrine de la *syphilisation*. Nous verrons que, théoriquement et pratiquement, cette singulière thérapeutique de la syphilis consiste, en effet, à réinoculer un très-grand nombre de fois le chancroïde à un malade, et cela en se servant de la sécrétion des chancroïdes dont ce malade lui-même est atteint, ou bien en empruntant cette sécrétion à un autre malade portant des chancroïdes. Or, ces inoculations, faites un si grand nombre de fois, sont, de toute évidence, relatives au chancre non infectant, puisque nous savons que le chancre vrai, le chancre infectant, ne s'inocule pas au malade qui le porte. — Il en est de même des inoculations pratiquées par les syphilisateurs sur les malades atteints de la syphilis constitutionnelle : ces malades, nous le démontrerons dans le chapitre consacré à l'étude de la syphilis généralisée ou confirmée, sont le plus ordinairement réfractaires à l'inoculation du chancre infectant, tandis qu'il est toujours facile de leur inoculer le chancroïde. Il est donc permis d'affirmer que les nombreuses inoculations itératives, dites *syphilisantes*, faites sur les malades atteints de la syphilis constitutionnelle, sont autant de preuves à l'appui de la proposition que nous soutenons, à savoir, que *le chancroïde, contrairement à ce que nous savons du chancre infectant, est réinoculable au malade qui le porte.* — Le lecteur pressent facilement toute l'importance de ce fait dans l'étude du diagnostic différentiel du chancroïde et du chancre infectant ; nous ne manquerons pas d'y revenir à propos de ce diagnostic.

Le fait de la réinoculation du chancroïde étant reconnu et admis, il nous reste à démontrer que ce fait important peut être utilisé dans le diagnostic du chancre non infectant.

Lorsqu'un malade est atteint d'une ulcération siégeant sur les organes génitaux, ou sur toute autre région, et que le produit de sécrétion de cette ulcération est inoculé à l'aide d'une lancette, d'une épingle, etc., à ce malade lui-même, et qu'il résulte de cette inoculation une ulcération semblable à celle d'où provient la matière inoculée, ce fait démontre que l'ulcération dont le pus a été inoculé est un chancroïde.

Ce fait d'auto-inoculation positive constituerait le signe diagnostique absolu, le signe pathognomonique par excellence du chancroïde, si aucune autre affection ne jouissait de la propriété d'être réinoculable au malade lui-même qui la porte. Or le chancre infectant, et certaines lésions syphilitiques constitutionnelles, peuvent, dans quelques cas rares et exceptionnels, être inoculés au malade qui les porte, ou plutôt l'inoculation du produit de sécrétion de ces affections peut être suivie d'un résultat positif. Mais, nous nous hâtons de le dire, l'auto-inoculation positive du chancre infectant et des affections secondaires est un fait si rare, si exceptionnel, tandis que l'auto-inoculation positive du chancroïde

est un fait si régulier, si constant, que l'auto-inoculation positive du produit de sécrétion d'une ulcération établit, nous le répétons, une présomption très-grande en faveur de l'existence d'un chancroïde.

La valeur *théorique* de l'auto-inoculation positive du chancroïde dans le diagnostic de cette affection étant incontestable, il nous reste à parler de ce mode d'investigation au point de vue de son application, c'est-à-dire sous le rapport pratique.

Le chancroïde étant une affection d'une certaine gravité dans la plupart des cas, il est incontestable que multiplier cette lésion chez un malade, par une inoculation expérimentale, n'est pas une pratique exempte d'inconvénients. Il s'ensuit que *l'inoculation artificielle ou expérimentale ne doit être employée qu'avec une extrême réserve, et seulement dans les cas où tous les autres moyens de diagnostic font défaut.*

L'inoculation expérimentale, en outre, ne doit être faite que sur le malade lui-même atteint de l'ulcération dont on cherche à éclairer le diagnostic. En effet, toute la valeur de ce mode d'investigation repose sur le principe de la réinoculabilité du chancroïde au malade qui le porte.

Cela posé, disons comment il convient de procéder à cette petite opération.

Nous rejetons l'usage de la lancette : elle donne trop facilement lieu à des inoculations *pénétrantes*, c'est-à-dire à des inoculations qui déterminent des chancroïdes infiniment plus graves que lorsque le virus a été déposé sur les couches les plus superficielles de la peau ou des membranes muqueuses. Nous préférons l'épingle ordinaire. — Nous chargeons avec soin sa pointe sur l'ulcération dont il s'agit d'établir le diagnostic : cela fait, nous pratiquons avec cette épingle une très-légère excoriation à la peau, et ordinairement dans le voisinage de l'ulcération. Cette excoriation doit être faite avec beaucoup de précaution, et n'intéresser, nous le répétons, que le réseau vasculaire de la peau : l'apparition d'une très-petite quantité de sang, indique que la dilacération des vaisseaux capillaires a eu lieu. Par surcroît de précaution, nous chargeons de nouveau l'épingle, et nous essuyons sa pointe sur la petite solution de continuité de la peau que nous venons de pratiquer, de manière à la bien imprégner de la matière virulente que nous inoculons. Il ne nous paraît pas utile de protéger ou de couvrir cette greffe pathologique : nous l'abandonnons à elle-même, et nous attendons le résultat de notre opération.

L'attente n'est pas longue. Lorsque l'inoculation doit être positive, immédiatement après l'insertion du virus commence un travail morbide dont le résultat est de donner naissance à un chancroïde. (Voy. p. 173.)

Dans les cas où l'inoculation doit être négative, on n'observe dans le point inoculé qu'un peu de rougeur ou d'inflammation de la peau qui disparaît bientôt. — Dans quelques cas qu'il est important de connaître, si

la matière qui a été inoculée est étrangère au chancroïde, si cette matière n'est que du pus ordinaire, l'inflammation traumatique de la peau dont nous parlons, peut consister en une inflammation suppurative ayant quelques rapports avec le furoncle dans sa forme la plus bénigne. Cette marche insolite d'une inoculation négative peut faire croire à la réussite de l'inoculation, et tromper ainsi l'expérimentateur sur le résultat de son opération.

Nous citerons les deux faits suivants à l'appui de cette assertion.

Obs. — Il y a deux ans, un élève en médecine atteint d'une blennorrhagie, fit sur lui-même, à l'aide d'une lancette, une inoculation du pus de cette blennorhagie, sur la partie supérieure et externe de la cuisse gauche (région trochantérienne). Il en résulta une sorte de furoncle, qu'il eût été facile de prendre tout d'abord pour un chancre, tandis que la marche et la courte durée de l'affection nous confirmèrent dans l'opinion que nous avions émise, qu'il s'agissait d'une dermite suppurée, analogue à celles que produit parfois sur la peau le contact des matières âcres et irritantes (gale des épiciers; ecthyma des mains et de l'avant-bras, des accoucheurs et des vétérinaires, etc.).

Obs. — Au mois d'octobre 1859, un jeune homme, atteint d'une vaste ulcération du pied, se présenta à notre dispensaire. — S'agissait-il d'un chancroïde de forme phagédénique, dans ce cas? Nous ne le pensions pas, mais nous jugeâmes qu'il était plus sûr d'en avoir la preuve. Nous fîmes une inoculation sur l'avant-bras gauche de ce jeune homme. — L'inoculation donna lieu à une pustule très-petite et très-superficielle, qui se flétrit et se dessécha après trois ou quatre jours de durée.

Revenons aux inoculations positives. — Pendant longtemps, il a été d'usage, à l'hôpital du Midi, de pratiquer la cautérisation de la pustule ou de la lésion d'inoculation, immédiatement après sa formation, et cela afin d'abréger la durée du chancroïde inoculé. Cette pratique, très-bonne et très-louable en apparence, a les inconvénients suivants : 1° Si la cautérisation abortive est pratiquée trop tôt, c'est-à-dire dès le début de la lésion d'inoculation, on ne sait réellement pas ce que l'on détruit, et il y a incertitude sur le résultat de l'inoculation. 2° Si la cautérisation n'intervient qu'au moment où toute incertitude a cessé sur la nature de la lésion d'inoculation, cette pratique constitue alors une méthode de traitement du chancroïde dont nous ferons ressortir les inconvénients dans le chapitre consacré à la thérapeutique de l'ulcère primitif. — Voici qu'elle est notre manière de procéder :

Nous abandonnons l'inoculation à elle-même; nous la laissons marcher. Si elle doit être négative, ou ne donner lieu qu'à une inflammation simple, c'est-à-dire non spécifique de la peau, dans le point inoculé, il est évident que cette conduite est à l'abri de tout inconvénient. — Si l'inoculation donne lieu à un chancre, nous trouvons que ce chancre ne

doit pas être soumis à une méthode unique de traitement, et nous verrons que l'emploi des caustiques a des inconvénients qui balancent singulièrement les avantages attachés à ce mode de traitement, à tel point, que nos lectures nous ont convaincu qu'il y avait moins d'inconvénients à abandonner à eux-mêmes les chancres provenant d'une inoculation artificielle, faite avec les précautions que nous avons indiquées, qu'à les cautériser. Dans aucune des nombreuses inoculations expérimentales que nous avons pratiquées, nous n'avons appliqué de caustique sur la pustule ou l'ulcère initial, et dans aucun cas nous n'avons eu d'accident à déplorer, tandis que nous rapporterons des exemples de cautérisations abortives faites par d'autres praticiens, qui ont eu pour résultat de donner lieu à des ulcères phagédéniques graves.

Ainsi, inoculation non pénétrante, c'est-à-dire faite avec la précaution de n'entamer que la couche la plus superficielle de la peau; — abandon de la lésion d'inoculation à elle-même, ou, pour mieux dire, non-intervention du traitement escharotique ou *ectrotique*, telle est la pratique que nous suivons dans l'inoculation expérimentale.

L'abus incontestable que quelques médecins ont fait de l'inoculation expérimentale dans l'étude, et dans la pratique des maladies vénériennes a singulièrement nui à ce mode d'investigation. Quelques confrères l'accusent d'apporter plus de confusion que de lumières dans les questions où elle intervient, et ils déclarent renoncer désormais à son emploi. — D'autres, par une exagération mal entendue d'un principe louable, l'intérêt des malades, repoussent l'inoculation expérimentale. — Sans vouloir défendre, et encore moins excuser l'abus de l'inoculation, nous dirons que cette pratique, introduite par Hunter, soutenue et propagée par M. Ricord, a rendu et rendra encore à la science, et conséquemment à l'humanité, des services tels qu'elle doit être considérée comme un flambeau indispensable à tout médecin qui veut connaître la syphilis, et se livrer à la pratique de cette branche de la pathologie. — Proposition dont les preuves sont inscrites, en quelque sorte, dans chacun des chapitres de cet ouvrage. Ce n'est donc pas à abandonner l'inoculation qu'il faut songer, mais à la perfectionner, si je puis ainsi dire, en restreignant ses inconvénients, et en précisant les cas qui nécessitent son emploi.

2° *De la confrontation des malades faite au point de vue du diagnostic du chancroïde.*

L'utilité de la confrontation des malades dans le diagnostic du chancroïde résulte d'un fait pathologique important, signalé par nous dans nos cours publics dès l'année 1851, et publié dans notre *Mémoire sur le chancroïde* (1854), à savoir que *la source du chancroïde est le chancroïde lui-même.* En

d'autres termes, nous soutenons que lorsqu'un malade est atteint d'un chancre non infectant, ce chancre a toujours pour origine ou pour générateur une ulcération de même nature, c'est-à-dire un chancre non infectant (1). Voici dans quels termes nous avons parlé de ce fait dans le mémoire dont nous venons de rappeler le titre : « Le chancre simple se transmet dans sa variété. Il se propage d'un malade à un autre en conservant ses caractères symptomatiques et ses propriétés, dont la plus importante est de rester une affection locale, c'est-à-dire de ne pas donner lieu à l'infection constitutionnelle... Un malade a un chancre simple, non à cause de telle ou telle prédisposition, mais parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même forme. » (*Mém. cité*, p. 15.)

Si cette proposition sur la transmission du chancroïde est vraie, — si le chancroïde dont un malade est atteint provient, dans tous les cas, de la contagion d'un chancroïde, la confrontation des malades peut singulièrement venir en aide au diagnostic de cette affection. — Prouvons donc d'abord que le fait de la transmission du chancroïde est un fait réel.

Les preuves de la transmission du chancroïde d'un individu malade à un individu sain sont de deux ordres, *cliniques* et *expérimentales*, le chancroïde se transmettant de deux manières : par contagion accidentelle, comme nous le voyons à la suite des relations sexuelles; et par inoculation artificielle ou expérimentale.

A. *Preuves cliniques.* — C'est à notre dispensaire que nous avons observé et recueilli les premiers faits de transmission du chancroïde. Nous avons rapporté quelques-uns de ces faits dans notre Mémoire sur le chancroïde : nous les rappellerons sommairement.

I[er] FAIT. — Dans le courant de l'année 1852, un élève en médecine vint nous consulter à notre dispensaire pour un chancre du prépuce ne datant que de huit jours..... Il nous apprit que ce chancre lui avait été communiqué par une femme du quartier latin, atteinte l'année précédente d'une syphilis constitutionnelle. Nous conclûmes que le chancre de ce malade resterait local, ce qui arriva en effet (2). (*Mém. cité*, p. 13.)

II[e] FAIT. — Une jeune fille, traitée à notre dispensaire (février 1854) pour un

(1) Le premier chef de clinique à notre dispensaire (1851), M. le docteur Blacheyre, a écrit ce qui suit en parlant de ce nouveau point de doctrine : « Il y a *quatre* ans que nous entendons M. Clerc soutenir cet important et nouveau point de doctrine, et nous avons vu et observé avec lui la plupart des malades dont les observations ont servi de base à son *Mémoire sur le chancroïde;* aussi notre conviction sur ce point est aussi grande que la sienne. » (*Thèse citée*, avril 1855, p. 15.)

(2) Nous verrons plus loin que les individus qui ont eu la syphilis constitutionnelle ne reprennent que très-exceptionnellement un chancre infectant. — Mais la récidive des accidents secondaires et leur contagiosité font qu'un même malade peut, plusieurs fois, et à de longs intervalles, transmettre la syphilis constitutionnelle et conséquemment un chancre infectant.

chancre non induré de la fourchette et un bubon phlegmoneux de l'aine, avait été contagionnée par un militaire atteint de plusieurs chancroïdes de la couronne du gland, pour lesquels il recevait nos soins, à notre dispensaire. (*Ibid.*)

IIIe FAIT. — « Un jeune homme de vingt-trois ans, coiffeur, portait sur le gland et la muqueuse préputiale six chancroïdes (juillet 1854). Un énorme bubon phlegmoneux se développa dans l'aine droite et suppura. Aucun symptôme d'infection constitutionnelle ne s'est manifesté chez ce malade. Ayant appris par lui-même que la femme avec laquelle il avait contracté ses chancres était à Lourcine, un élève externe de cet hôpital qui suivait alors nos conférences cliniques, M. Vivien, s'enquit de l'état de santé de cette malade. — Il trouva sur elle des chancres multiples, non indurés, c'est-à-dire des chancres de même variété que ceux de notre malade (1). » (P. 14.)

IVe FAIT. — Un ouvrier typographe, atteint de la syphilis constitutionnelle, contracta en juin 1854, des chancres simples avec une femme inconnue, et les transmit à une autre femme. — Celle-ci, ayant eu des rapports sexuels avec un ami du typographe, lui communiqua sa maladie. — Ce nouveau contagionné se présenta à notre dispensaire : il portait *sept* chancres non indurés du prépuce et du gland. — Ce malade, ouvrier typographe aussi, garçon intelligent et curieux, nous entendant parler, à propos de ses chancres, de la transmission du chancre dans sa variété, nous avoua que, malgré son état de santé, il avait eu des rapports sexuels avec une jeune fille, et qu'il l'avait rendue malade. Nous vîmes cette femme à Lourcine, où elle était entrée : elle portait *cinq* chancres disposés en croissant à l'entrée du vagin, chancres non indurés et que nous avons considérés comme étant des chancroïdes, c'est-à-dire des chancres de même espèce que ceux du dernier malade (2). (*Ibid.*)

Depuis l'époque à laquelle nous avons publié le travail dans lequel les faits qui précèdent ont été consignés (1854), nous n'avons cessé, on le comprendra sans peine, de confronter, quand nous l'avons pu, les malades atteints de chancroïdes, et nous avons la satisfaction de dire que les faits dont nous avons été témoin nous ont confirmé pleinement dans l'opinion que *le chancre non infectant ne transmet qu'un chancre de même espèce.* Qu'il nous soit permis de rapporter brièvement quelques-uns de ces faits avant de parler de l'appui précieux que cette idée de la transmission du chancroïde a reçu d'éminents spécialistes.

Ve FAIT. — Dans les premiers jours du mois de décembre 1858, à une des visites dont nous étions chargé comme médecin du Dispensaire de Salubrité publique, nous constatâmes, sur une fille publique, dans une maison de tolérance de la rue...., un

(1) M. Vivien, qui a cité cette observation dans sa dissertation inaugurale (28 août 1855), ajoute, en parlant de cette malade : « Je découvris sur ses parties génitales des chancres multiples, non indurés, n'ayant amené chez elle aucune manifestation ultérieure plus de *huit mois* après l'époque où je la vis pour la dernière fois. » (P. 23.)

(2) Cette observation est celle qui a été considérée par M. Cullerier comme infirmant notre opinion sur la transmission du chancroïde. — Comme d'autres objections ont été faites à cette opinion, nous les mentionnerons et nous les discuterons un peu plus loin.

chancroïde de forme ulcéreuse, siégeant très-près du méat urinaire.—L'amant de cette fille, peu de temps après, nous consulta pour trois chancroïdes du sillon glando-préputial, qui déterminèrent un bubon phlegmoneux de l'aine que nous avons ouvert. — Nous avons appris, par la maîtresse de maison, que deux autres jeunes gens qui avaient exercé le coït avec la même femme, étaient entrés à l'hôpital du Midi, pour y être traités de chancres et de *poulains* qui avaient été opérés.

VIe Fait. — Nous avons parlé (p. 135) d'une malade chez laquelle, après un examen réitéré, nous trouvâmes deux chancroïdes types du vagin, près du col utérin. Cette femme nous ayant appris qu' « elle avait rendu malade un jeune homme », nous pensâmes que celui-ci devait être atteint d'un ou de plusieurs chancroïdes : nous la priâmes donc de nous adresser ce jeune homme, sur lequel nous constatâmes, en effet, un chancroïde du sillon glando-préputial, datant de plus d'un mois.

VIIe Fait. — Dans le courant de l'année 1855, un de nos jeunes clients, M. X..., vint réclamer nos soins pour des ulcérations multiples du limbe du prépuce, qui nous parurent être des chancroïdes. — Il tenait ces ulcérations d'une jeune femme, sa maîtresse, qu'il soumit quelques jours après à notre examen, et sur laquelle nous constatâmes des chancroïdes de la muqueuse vulvaire. — Nous avons plusieurs fois revu ce jeune homme depuis cette époque : il n'a eu aucun symptôme constitutionnel, non plus que sa maîtresse.

VIIIe Fait. — Au mois de juin de l'année 1859, un des malades de notre dispensaire, atteint de chancroïdes multiples de la muqueuse préputiale et de deux bubons phlegmoneux des aines, amena à notre consultation particulière une jeune femme qui portait à l'anus, et sur la peau qui avoisine cet orifice, huit ou dix chancroïdes types. Il avait eu avec cette femme des relations illicites.

IXe Fait. — Presque à la même époque (août 1859), un de nos anciens clients, M. X..., que nous avons maintes fois soigné pour des accidents syphilitiques constitutionnels, des uréthrites, etc., vint nous consulter pour une ulcération du frein, que nous lui annonçâmes être un chancroïde. Peu de jours après, il vint nous dire que sa femme était atteinte d'ulcérations à la vulve et à l'anus. Nous trouvâmes, en effet, une véritable *nichée* de chancroïdes (une vingtaine au moins) sur ces régions.

X^e et XIe Faits. — Sur deux autres malades antérieurement traités par nous de la syphilis constitutionnelle, nous avons observé des chancroïdes siégeant : chez l'un, sur le fourreau de la verge, et chez l'autre sur le limbe du prépuce. — Ces deux malades, ayant soumis à notre examen les femmes avec lesquelles ils avaient eu des relations, nous trouvâmes des chancroïdes de la vulve chez toutes deux.

L'attention des médecins spécialistes ayant été sollicitée par nous sur la transmission du chancroïde, comme elle l'avait été par M. Bassereau, sur la transmission du chancre infectant, de nouveaux faits vinrent bientôt grossir le nombre de ceux que nous avions publiés. — M. le docteur Rodet, un des premiers (décembre 1854), dans un travail que nous avons

déjà cité, disait, en parlant de ces idées nouvelles, que les faits qu'il avait observés leur étaient favorables (1).

Dans le même temps, M. le docteur Rollet soutenait, dans son *Mémoire sur les agents contagieux des maladies de la peau*, qu'il résultait aussi de ses observations que « le chancre local, le chancroïde, provient toujours d'un chancre local (2). »

En 1855, un de nos élèves, M. Vivien, rapportait dans sa dissertation inaugurale, l'observation suivante, une des plus circonstanciées et des plus complètes que l'on puisse citer. La voici :

XII[e] FAIT. — « En 1853, un élève en droit entra dans une maison de santé pour y être traité de chancres, au nombre de sept à huit, siégeant sur la base du gland; ils étaient accompagnés de bubons suppurés. J'eus la curiosité de remonter au foyer d'infection : je fus placé dans un véritable foyer de contagion. La maîtresse de l'étudiant en droit avait contagionné deux étudiants en médecine, dont l'un portait plusieurs chancres non indurés, et une adénite suppurée; l'autre avait seulement un chancre simple, sans accompagnement. Aucun de ces trois individus, que j'ai revus maintes fois depuis cet événement, n'a éprouvé la moindre trace de syphilis constitutionnelle. — Quant à la femme, force fut bien de nous avouer qu'elle était malade... Je la revis à Lourcine, dans le service de M. Gosselin, où je constatai des chancres multiples et un bubon suppuré dans chaque aine. » (*Thèse citée*, p. 24.)

M. le docteur H. Musset, dans un intéressant travail sur le chancre, publié dans l'*Union médicale* (mai 1856), sans rapporter de faits particuliers sur la transmission du chancroïde, dit que « toutes les fois qu'il lui a été possible de remonter au point de départ, il a *toujours* trouvé parité de forme et de nature entre le chancre source de la contagion, et le chancre contracté. » (*Loc. cit.*, p. 267.) M. Musset, en outre, fait la remarque importante suivante : « Toutes les fois qu'une inoculation a été faite sous nos yeux, avec résultat positif, *toujours* il y a eu parité de forme, de nature, entre le chancre inoculé, et celui qui avait servi à l'inoculation. (*Ibid.*) »

En juillet 1856, un élève distingué de l'école de Lyon, M. Achille Dron, rapportait dans sa dissertation inaugurale (3) que M. Rollet avait pu suivre un chancre simple chez quatre malades, revus plusieurs fois plus d'une année après leur guérison, et chez lesquels aucun symptôme de la syphilis constitutionnelle ne s'était manifesté (p. 25); et que lui-même, au mois de décembre 1855, avait observé un malade atteint de deux chancroïdes du sillon glando-préputial, communiqués par une femme atteinte d'un chancroïde de la vulve (p. 33).

(1) *Compte rendu, etc.*, p. 46.
(2) *Gazette médicale de Lyon*, janvier 1855, p. 30.
(3) *Du double virus syphilitique*. Paris, 3 juillet 1856.

Pendant le cours de cette même année (1856), M. Ricord, qui avait toujours soutenu que le chancre reste local ou *devient* infectant suivant la *prédisposition* des malades ; — que la *graine* était la même dans tous les cas, mais que le *terrain* diversifiait le produit, si bien que le même chancre (infectant ou non infectant), transmis ou inoculé à plusieurs individus vierges d'antécédents syphilitiques, pouvait donner naissance, chez les uns à un chancre simple, et chez les autres à un chancre infectant ; — M. Ricord, disons-nous, avant de modifier son opinion sur ce point, et d'admettre qu'un malade a un chancre local ou un chancre infectant parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même forme, chargea deux internes distingués des hôpitaux de Paris, MM. A. Fournier et Caby, de recueillir de nouveaux faits relatifs à cette question de la transmission du chancre. — Or, dit M. Ricord : « *trente-neuf fois*, à propos de malades affectés de chancres simples, MM. Fournier et Caby ont pu remonter à la source de la contagion, et trente-neuf fois ils ont trouvé l'accident originel semblable, comme forme et comme nature, à l'accident transmis. » (*Leçons sur le chancre*, p. 66.) — D'un autre côté, M. Ricord, interrogeant ses souvenirs, déclare que « *dans tous les cas* où il a pu remonter à la source d'un chancre simple, il a *toujours* rencontré sur le sujet qui avait transmis la contagion, un accident de même forme et de même nature. » (*Ibid.*) D'où il conclut que « le chancre simple PARAÎT naître du chancre simple et se propager uniquement dans son espèce. » (*Loc. cit.*, p. 76.) Conclusion pleine de réticence, et si peu en harmonie avec les mots *toujours* et *dans tous les cas*, qui précèdent, que nous dirons avec M. Diday : « La vérité a droit à un hommage plus franc (1). »

Enfin, dans un travail récent, M. Rollet, résumant la question de la transmission du chancroïde, a écrit ce qui suit : « Pour ma part, j'ai fait beaucoup de confrontations semblables, *au moins une centaine* en quelques années : *je n'ai jamais vu les choses se passer autrement* », c'est-à-dire que M. Rollet n'a *jamais* vu un chancroïde provenant d'une autre source que le chancroïde lui-même (2).

B. *Preuves expérimentales, c'est-à-dire tirées de l'inoculation artificielle.* — Les causes d'erreur étant nombreuses dans la confrontation des malades atteints de chancroïdes, ainsi que nous allons le dire, on comprend

(1) *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis.* Paris, 1858, p. 148. — M. Diday, convaincu par les faits qu'il avait constatés, a soutenu, un des premiers parmi les syphiliographes, le principe de la transmission du chancre dans sa forme.

(2) *Traité des mal. vénér.*, p. 66. — Nous prenons acte de cette déclaration de M. Rollet, parce qu'il nous semble que la *loi* de transmission du chancroïde dans son espèce, est le meilleur argument que nous aurons à fournir contre M. Rollet, lorsque nous combattrons son opinion sur le *chancre mixte*. — Nous nous défendrons, un peu plus loin (*Étiologie*), contre les faits (?) et les arguments qui ont été opposés au fait de la transmission du chancroïde.

toute l'importance de l'inoculation artificielle dans la solution de la question qui nous occupe, celle de la transmission du chancroïde dans sa forme. Or, que nous apprend l'inoculation sur ce point? M. Ricord va nous le dire : « Que produit l'inoculation artificielle du pus provenant d'un *chancre simple* sur le sujet même auquel est emprunté le pus? — Ici la réponse n'est pas douteuse, car les observations abondent et sont unanimes dans le même sens. Le chancre d'inoculation est toujours l'analogue du chancre qui l'a produit. C'est toujours un chancre simple qui se développe. » (*Leçons*, etc., p. 63.)

Quant aux inoculations du chancre simple, pratiquées d'individu malade à individu sain, inoculations si souvent faites par les syphilisateurs, M. Ricord ajoute que : « dans les cas nombreux où il a vu le pus d'un chancre simple transmis à un individu sain, *cette inoculation a toujours et invariablement produit un chancre simple.* » (*Ibid.*, p. 64.) Proposition dont nous démontrerons l'exactitude dans l'examen que nous ferons de la doctrine de la syphilisation.

Une autre preuve de la transmission du chancroïde dans sa forme nous est encore fournie par l'inoculation pratiquée sur les animaux.

Il résulte pleinement pour nous, des nombreuses expériences de M. Auzias-Turenne, que le chancre simple est inoculable aux animaux, et que de ceux-ci il peut être reporté sur l'homme. Or, dans toutes les inoculations pratiquées avec du virus recueilli sur la brute, inoculations que MM. Robert de Welz, Chayet, Laval, Diday, Melchior Robert, ont courageusement faites sur eux-mêmes, les chancres inoculés ont été, dans tous les cas, des chancres non infectants.

Ainsi, les faits cliniques, et ceux plus précis encore, fournis par l'expérimentation, démontrent jusqu'à l'évidence, que le chancroïde donne naissance à un chancroïde, lorsqu'il se propage par contagion accidentelle ou artificielle, d'un malade à un autre.

Ce fait pathologique étant admis, il est de toute évidence que la confrontation des malades peut singulièrement venir en aide au diagnostic du chancroïde. Malheureusement, ainsi que nous l'avons dit à propos du chancre infectant, ce mode d'investigation est souvent difficile à mettre en pratique, et il peut être l'origine de plusieurs erreurs, erreurs qui sont une des causes des dissidences qui existent parmi les syphiliographes relativement à l'opinion qu'ils ont sur l'*unicité* ou la *dualité* de la cause qui produit le chancre infectant et le chancroïde.

Ces causes d'erreur, dans les confrontations, sont les mêmes que celles mentionnées par nous à propos du chancre infectant, et nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit à ce sujet. Mais il en est une sur laquelle nous appelons particulièrement son attention.

Les organes génitaux, particulièrement chez la femme, peuvent être, *dans le même temps*, le siége d'affections contagieuses de nature différente. Il est peu de médecins, exerçant dans les grands centres de population, qui n'aient eu l'occasion d'observer des malades atteints, en même temps, de blennorrhagie et de chancres, par exemple. Or, ces malades ne transmettent pas fatalement les deux espèces d'affections contagieuses dont ils sont atteints.

Eh bien, un malade peut porter, dans le même temps, un chancre infectant et un ou plusieurs chancroïdes. Nous avons observé, et noté, plusieurs de ces coïncidences.

Obs. — En 1855, un élève en médecine était traité à notre dispensaire d'un chancre infectant du fourreau de la verge, chancre encore à la période d'état, et qui fut suivi d'accidents constitutionnels. — Un jour ce malade se présenta avec un énorme bubon phlegmoneux de l'aine gauche. — Avant d'avoir exploré les organes génitaux, nous dîmes à ce jeune homme : « Vous avez exercé le coït depuis peu de temps malgré votre chancre du fourreau, et vous avez très-vraisemblablement contracté des chancroïdes, car votre bubon a la physionomie des adénites symptomatiques du chancre simple. » — Nous ne nous trompions pas. Il existait huit ou dix chancroïdes sur la muqueuse préputiale ; ulcérations qui s'étaient manifestées depuis une douzaine de jours, et après un nouveau coït.

Pourquoi ce qui est vrai relativement à un malade atteint de blennorrhagie et de chancres, ne le serait-il pas relativement à celui qui porte en même temps un chancre infectant et un chancroïde ? Ce malade ne peut-il pas transmettre à la fois, ou isolément, les affections contagieuses qui ont pris naissance sur lui ? Heureusement ces coïncidences sont rares, mais, encore une fois, par cela même qu'elles sont possibles, il faut que nous soyons prévenus de ce fait.

De même, un malade atteint de la syphilis constitutionnelle, et porteur de lésions génitales contagieuses, peut contracter des chancroïdes : ce cas est loin d'être rare, ce qui se comprend par la longue durée des lésions syphilitiques, et par le peu d'obstacle qu'elles mettent à de nouvelles relations sexuelles (1). Or ces malades à double *contagium* peuvent ne transmettre que l'une ou l'autre de leurs affections, ce qui pourra encore devenir une cause d'erreur.

En résumé, nous dirons que la confrontation des malades, faite au point de vue particulier du diagnostic du chancroïde, n'a véritablement de valeur que dans les cas où le diagnostic de la lésion du contagionnant ne laisse aucune incertitude, et qu'aucune des erreurs inhérentes aux confrontations, n'a pu être commise par le médecin qui a mis en pratique ce mode d'investigation.

(1) Tous les ans, à Saint-Lazare, nous constatons plusieurs cas de simultanéité d'accidents secondaires vulvaires, et de chancroïdes du pudendum.

3° *Du diagnostic fondé sur l'analyse des symptômes.*

L'importance de l'inoculation, et l'utilité de la confrontation des malades, relativement au diagnostic du chancroïde, n'ôtent rien de leur valeur aux signes diagnostiques fournis par les symptômes de l'affection qui nous occupe : nous devons donc les étudier avec soin.

Il est dans toutes les maladies des cas simples, c'est-à-dire qui présentent un ensemble de symptômes tel, qu'il est difficile de méconnaître ces maladies. Pour le chancroïde, ces cas sont fréquents. Qu'un malade, par exemple, s'offre à notre examen dans les conditions suivantes : il a exercé le coït, il y a une quinzaine de jours, avec une femme suspecte, et il porte sur les organes génitaux, des ulcérations multiples. — Ces ulcérations se sont manifestées peu de jours après l'acte génital. — Le malade nous apprend que les ulcérations se sont produites successivement. Ces ulcérations sont, ou superficielles (forme exulcéreuse), c'est-à-dire ne comprenant pas toute l'épaisseur de la membrane muqueuse sur laquelle elles siégent; ou bien perforantes, ayant des bords taillés à pic, et faits comme à l'emporte-pièce (forme ulcéreuse): leur surface est recouverte d'une matière grisâtre; leur base n'est pas indurée. Ces ulcérations, enfin, ont un aspect particulier et comme une physionomie qui leur est propre. — Il existe dans l'aine des bubons phlegmoneux, c'est-à-dire des adénites aiguës. — Il y a, disons-nous, dans cet ensemble de symptômes une telle concordance avec les caractères connus du chancroïde, qu'il est permis d'affirmer que les ulcérations de ce malade sont des chancres non infectants.

Ainsi, ulcérations multiples, consécutives au coït; apparition rapide (absence d'incubation); formation successive, c'est-à-dire inoculations de voisinage; aspect particulier; non-induration de la base des ulcérations; bubons phlegmoneux : tels sont les signes cliniques du chancroïde.

Mais, il est fréquent, de rencontrer des malades chez lesquels manque cet ensemble de signes, ou chez lesquels l'affection est en quelque sorte masquée par des symptômes insolites; d'où la difficulté du diagnostic du chancroïde dans ces circonstances. Nous devons donc tenir compte de ces cas particuliers, et entrer dans quelques détails à ce sujet.

Le chancroïde, avons-nous dit, est ordinairement consécutif à une *contagion génitale ;* mais, comme nous n'assistons pas, nous médecins, à cette contagion, nous ne pouvons qu'être guidés sur ce premier point par les réponses des malades. Or, nous avons déjà eu occasion de dire qu'il fallait tenir pour suspecte la sincérité des individus atteints de maladies vénériennes (1): Il nous est arrivé déjà plusieurs fois de constater l'existence

(1) Suivant notre excellent et savant ami le Dr Gaubert, notre ancien collègue au dispensaire de salubrité, « un malade atteint de la vérole devient un menteur. »

de chancroïdes types, *vérifiés* par l'inoculation, chez des malades niant avoir eu des rapports sexuels, et les annales de la syphilis renferment plus d'une historiette à ce sujet (1). Ainsi, la négation de rapports sexuels, de la part d'un malade, ne doit pas éloigner l'idée de l'existence d'un chancroïde. — D'un autre côté, il ne faut pas trop vite préjuger, ainsi que nous l'avons dit déjà, à propos du chancre infectant, qu'une ulcération, siégeant sur les organes génitaux, est un chancroïde, parce qu'un coït plus ou moins suspect, aura précédé cette ulcération. Swediaur a très-judicieusement fait remarquer que la plupart des médecins décident trop facilement qu'une ulcération est un chancre, par le seul fait d'un coït ayant précédé l'ulcération.

L'étude du *début* de l'affection ne doit pas être négligée dans le diagnostic du chancroïde. Si, par les réponses précises du malade, on peut constater que la lésion a suivi de près la contagion, qu'il n'y a pas eu de période d'incubation, ce premier point est fort important, particulièrement dans le diagnostic différentiel du chancroïde et du chancre infectant.

Il en est de même de la *forme* de la lésion, au moment de son apparition. En effet, bien que le chancre non infectant se manifeste parfois sous la forme d'une excoriation ou d'une exulcération, au moment de son apparition, le début du chancroïde par une pustule est si fréquent, que la constatation de cette forme de l'affection à son début, établit une grande présomption en faveur de l'existence de la lésion qui nous occupe (2).

Nous pourrions rapporter plusieurs cas de diagnostic du chancroïde à l'aide de ces deux éléments cliniques : apparition rapide après la contagion ; forme vésiculo-pustuleuse au début. Nous nous contenterons de citer le fait suivant :

Il y a deux ou trois ans, M. X..., un savant, voulant sans doute, comme le docteur Pangloss, donner une leçon de physique expérimentale à une jeune fille, reçut d'elle une affection qu'il jugea être de notre compétence, et sur laquelle il vint nous demander notre opinion.

Le début rapide des ulcérations du pénis dont le malade était atteint, et leur apparition sous la forme de vésicules, toutes choses bien vérifiées par le malade, nous permirent de faire espérer à l'honorable consultant qu'il n'avait que des chancroïdes ; diagnostic que confirmèrent la marche, la durée et la terminaison des ulcérations.

(1) La plus souvent citée est celle que rapporte de Cezan : « Une jeune demoiselle de condi- « tion avait une gonorrhée virulente, et plusieurs chancres, dont elle accusait un bouquet que « lui avait donné un jeune homme..... Son médecin feignit de croire l'histoire, et, après l'avoir « guérie, l'invita à ne recevoir de bouquets qu'en présence de sa mère, lui assurant qu'avec « cette précaution, jamais fleurs ne lui communiqueraient plus pareille maladie. » (*Manuel an- « tisyphilitique, etc.* Genève, 1789, p. 31.)

(2) Nous parlerons un peu plus loin du diagnostic différentiel de l'*herpès* et du chancroïde.

L'extrême fréquence du début pustuleux du chancroïde ne doit pas faire oublier qu'il est des cas dans lesquels cette affection commence par une excoriation, dont la surface est, pendant les premiers jours, recouverte d'une sorte de fausse membrane qui ressemble à une eschare superficielle, ou mieux, aux fausses membranes produites sur la peau par les vésicatoires.

Que le chancroïde se manifeste à son début, sous la forme d'une vésico-pustule ou d'une exulcération pseudo-membraneuse, la *tendance à l'agrandissement* dès les premiers jours qui suivent son apparition, est un de ses caractères les plus constants; caractère qui, pour le dire tout de suite, le distingue de l'herpès, dont la marche est moins rapide, moins aiguë, et qui tend essentiellement à la guérison. — Il y a, en outre, dans le chancre simple, à la période de début, une sorte de malignité (marquée par les progrès rapides de l'*élément ulcéreux*) qui n'échappe pas à des regards attentifs, et surtout à un œil exercé au diagnostic des affections ulcéreuses des organes génitaux.

Nous savons que le chancroïde est *très-fréquemment multiple*, soit d'emblée, soit consécutivement. La présence de nombreuses ulcérations sur la muqueuse génitale, chez l'homme et chez la femme, consécutivement à la contagion sexuelle, établit une présomption très-grande que ces ulcérations sont des chancres simples. Mais, nous ne saurions trop insister sur le fait suivant: lorsque des ulcérations *deviennent* multiples; — lorsqu'à une ou plusieurs ulcérations initiales en succèdent d'autres, à côté, ou dans le voisinage des premières, cette multiplication *in situ* constitue un signe d'une valeur telle, que nous le considérons comme étant pathognomonique de l'affection qui nous occupe. — De même, lorsque sur un malade, atteint d'ulcérations ayant leur siége sur les organes génitaux, on voit de nouvelles ulcérations se développer sur une région plus ou moins éloignée de la sphère génitale, consécutivement au transport du pus des ulcérations génitales, par les doigts du malade, ou tout autrement, ces inoculations accidentelles ont la même valeur, au point de vue du diagnostic du chancroïde, que les inoculations *in situ*.

La *base* du chancroïde ne s'indure pas, avons-nous dit. Cependant, il n'est pas rare d'observer des chancroïdes dont la base offre au toucher une résistance qui est l'indice manifeste de l'existence de produits plastiques. — Les topiques irritants (solutions, pommades, etc.), l'action des liquides excrémentitiels (urine, etc.), et surtout les caustiques appliqués sur les chancroïdes, donnent particulièrement lieu à ces *indurations inflammatoires*. Mais celles-ci sont diffuses, c'est-à-dire mal circonscrites, ne dépassant guère les limites de l'ulcération; leur *durée* est courte; elles

tendent à disparaître, si bien qu'il n'en reste ordinairement pas de traces quand le chancroïde est cicatrisé. Cette marche décroissante des *fausses indurations* contraste singulièrement avec la marche ascendante de l'induration du chancre infectant : nous savons que celle-ci augmente en étendue et en épaisseur, au fur et à mesure que le chancre guérit.

Nous insistons sur ce caractère différentiel de l'induration inflammatoire du chancroïde, et de l'induration spécifique du chancre infectant. Il nous arrive, de temps en temps, d'observer des ulcérations des organes génitaux ayant à leur base des indurations qui, au premier abord, pourraient être confondues avec l'induration du chancre infectant : or, si les caractères de ces indurations sont tels, qu'il nous paraisse difficile de nous prononcer sur leur nature, inflammatoire ou spécifique, nous suspendons notre jugement, et nous disons : Si l'induration que nous constatons est celle d'un chancre infectant, elle augmentera en étendue et en épaisseur dans les jours qui vont suivre ; — si l'induration est inflammatoire, et qu'elle ne soit soumise à aucune cause d'irritation, cette induration aura diminué d'étendue et d'épaisseur après quelques jours. Il est vrai que, dans ces cas, l'absence ou l'existence d'induration dans les ganglions voisins, vient en aide au diagnostic : mais, à s'en tenir aux seuls caractères de l'induration, la distinction peut être difficile à établir, et nécessite l'attente dont nous venons de parler, c'est-à-dire nous oblige à étudier la *marche* de l'infiltration plastique.

Il est très-souvent possible d'établir *de visu* le diagnostic du chancroïde. Mais il faut le dire, ce diagnostic, fondé sur l'*aspect* et la *forme* de l'ulcération, ne peut être porté avec quelque sûreté que par les médecins ayant acquis par une observation attentive et souvent répétée des malades, ce que nous appellerions volontiers l'*expérience de la forme* (vulgairement le coup d'œil), expérience d'autant plus nécessaire, que l'aspect du chancroïde varie suivant la *période* de l'affection à laquelle on l'observe (début, état, réparation), et aussi suivant la *forme* sous laquelle elle se manifeste (forme ulcéreuse, exulcéreuse, phagédénique). N'oublions pas de dire que l'intervention de certaines médications locales (caustiques) peut rendre méconnaissables les chancroïdes les mieux typés : il importe donc d'adresser aux malades quelques questions relativement aux traitements qui ont été employés.

L'étude des *lésions concomitantes* est d'une très-grande importance dans le diagnostic du chancroïde, car parmi ces lésions il en est qui concourent singulièrement à nous éclairer sur la nature de l'ulcération soumise à notre jugement : telles sont les *adénopathies* et les *lymphites*.

Il y a plus de trois siècles que les syphiliographes ont signalé le *bubon phlegmoneux* comme étant une affection concomitante du chancre non

infectant. Qui ne connaît le passage dans lequel Thierry de Hery (1552) parle du *bubon suppuré* comme étant l'indice d'une vérole qui restera locale : « Et s'il survient un bubon, autrement dict poulain, qui « reçoyve ladicte fluxion, en brief l'ulcère sera curé et guary : et sera « le patient exempt de la vairolle, par la méthodique et bonne curation « dudict absces. » (*Ouvr. cit.*, p. 22) (1). Opinion émise d'ailleurs par des syphiliographes antérieurs à l'auteur que nous venons de citer. Ainsi, en 1541, un médecin hollandais, Remacle Fuchs, dans un traité bien peu connu aujourd'hui (2), écrivait ce qui suit, en parlant des bubons inguinaux consécutifs à la contagion génitale : « Qui si a bono et experto chi- « rurgico canonice et debito modo ejus suppuratio procuretur, et diu « apertum foramen adservetur, plerumque a morbo jam incipiente solet « præservare. » (Chap. V, *De signis morbi Gallici.*)

Cette remarque importante, relative au bubon phlegmoneux symptomatique du chancre local, reproduite par un grand nombre de syphiliographes des XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, était en quelque sorte oubliée quand M. Ricord publia ses premiers travaux (1832). En effet, les syphiliographes les plus connus de la fin du siècle dernier (Hunter, Swediaur, Benjamin Bell), et ceux du commencement de ce siècle (Cullerier, Lagneau, Jourdan, Desruelles), ne considéraient plus le bubon suppuré comme étant un des signes du chancre non infectant. M. Ricord a eu non-seulement le mérite de retrouver cette donnée importante du diagnostic du chancroïde, mais encore celui de mieux préciser le fait pathologique qui nous occupe : il nous a appris que l'adénite symptomatique du chancre non infectant est *monoganglionnaire*, et qu'elle se présente sous deux formes bien distinctes, la *forme phlegmoneuse* et la *forme virulente* : dans le premier cas, l'affection revêt les caractères du phlegmon, dans le second cas, elle prend ceux du chancre lui-même, c'est-à-dire devient un chancre ganglionnaire et fournit un pus inoculable. Distinction importante et sur laquelle nous reviendrons en décrivant le bubon.

Le bubon phlegmoneux, symptomatique du chancre *infectant*, étant, nous l'avons dit, une affection rare, la coïncidence d'une adénite aiguë de l'aine et d'une ulcération ayant pour siége les organes génitaux, chez l'homme et chez la femme, établit une très-grande présomption en faveur de l'existence d'un chancre non infectant. Mais si l'adénite ap-

(1) Thierry savait que le bubon non phlegmoneux est symptomatique du chancre infectant : ainsi, en décrivant les signes de la vérole, il dit : « Bien est vray que les plus certains sont « quand après, ou pendant les ulceres des parties honteuses (specialement calleux et durs en « leur racine, et difficiles à curer) apparoyssent *tumeurs* aux aynes, qui s'en retournent dedans le corps, sans suppurer. » (P. 42.)

(2) *Morbi Hispanici quem alii Gallicum, alii Neapolitanum, appellant, curandi per ligni Indici, quod Guayacum vulgo dicitur, decoctum, exquisitissima methodus.* — Parisiis, 1541.

partient à la forme virulente, si après l'ouverture de l'abcès le fond et les bords de la solution de continuité prennent l'aspect chancreux, si le pus qu'elle fournit est inoculable, toute incertitude doit cesser : l'ulcération génitale qui a déterminé l'adénite est un chancre non infectant. En d'autres termes, *le bubon phlegmoneux virulent est un des signes pathognomoniques du chancre local.* Malheureusement pour le diagnostic, et fort heureusement pour les malades, le bubon chancreux est une affection peu commune, fait qui n'amoindrit pas son importance comme signe, mais nous oblige à rechercher et à connaître d'autres éléments de diagnostic.

Les vaisseaux lymphatiques situés dans le voisinage d'un chancroïde sont, dans quelques cas rares, le siége d'une lésion analogue à l'adénite phlegmoneuse. Sur un point de leur trajet se produit une induration qui passe rapidement à l'état aigu, et suppure : c'est la *lymphite phlegmoneuse*, lymphite qui se présente, comme le bubon, sous deux formes, la forme phlegmoneuse et la forme virulente.

Nous avons dit qu'il était très-fréquent d'observer des malades atteints de chancroïdes, chez lesquels les ganglions et les vaisseaux lymphatiques voisins ne présentent aucune altération appréciable : l'absence d'adénopathie et de lymphite est un signe négatif important dans le diagnostic différentiel du chancroïde et du chancre infectant.

Enfin, l'absence de symptômes généraux ou constitutionnels, pendant la durée, et après la guérison du chancroïde, est une circonstance importante dans le diagnostic de cette affection.

Nous devons signaler ici une erreur dans laquelle tombent, presque fatalement, les médecins peu versés dans l'observation des maladies vénériennes, et que n'ont pas toujours évitée d'éminents syphiliographes, Carmichael, par exemple. Cette erreur consiste à attribuer à un chancroïde existant chez un malade, ou récemment guéri, des lésions syphilitiques constitutionnelles, dont la véritable cause aura été un chancre infectant, contracté par ce même malade, à une époque plus ou moins rapprochée de celle où il a été atteint de son chancroïde. — Deux exemples pris au hasard dans nos observations (ces faits ne sont pas rares) rendront mieux notre pensée :

OBS. — En 1847, M. X..., alors élève en droit, fut soigné par nous d'un chancre induré du sillon glando-préputial et d'une syphilide papuleuse. Quatre ans après. en 1851, M. X... contracta, en province, un chancroïde du méat urinaire que des cautérisations intempestives et les préparations mercurielles administrées à très-hautes doses, rendirent phagédénique. — Après trois mois de traitement, M. X.... vint à Paris se soumettre à nos soins, et ne fut guéri qu'après deux mois d'un traitement qui consista surtout dans l'usage du fer, du quinquina et des toniques, à cause de l'état chloro-anémique grave dans lequel se trouvait le malade.

Pendant la durée de ce traitement, une syphilide tuberculeuse se manifesta ; un

groupe de tubercules fit irruption sur l'épaule droite et un autre groupe sur l'hypocondre droit. — Il fut évident pour nous que cette syphilide n'avait aucun rapport de causalité avec le chancroïde du méat que portait le malade, et qu'elle devait être considérée comme une récidive de la syphilis constitutionnelle contractée en 1847; récidive dont la chloro-anémine avait sans doute été la cause adjuvante (1).

Obs. — En juin 1854, un malade vint à notre dispensaire pour y être traité de chancres multiples non indurés de la muqueuse préputiale et du gland. Nous les montrâmes à nos élèves comme étant des types de chancroïde; et à peine avions-nous achevé notre démonstration, que le malade nous présenta un magnifique spécimen de papules muqueuses de l'isthme du gosier et de l'anus.

La première impression des élèves fut que nous nous trompions, et qu'il s'agissait, chez ce malade, non pas de chancroïdes, mais de chancres infectants, dont les papules muqueuses étaient une manifestation. — L'interrogatoire du malade nous confirma dans notre diagnostic. Les chancres que nous avions sous les yeux ne dataient que d'une quinzaine de jours; les papules muqueuses gutturales et anales s'étaient manifestées depuis plusieurs mois, et après la guérison d'un chancre unique qui avait siégé sur le gland, dans le voisinage du méat, et dont il nous montra la cicatrice.

Les *complications* dont le chancroïde est parfois le siége peuvent contribuer à éclairer le diagnostic de cette affection. Ainsi, certaines formes du phagédénisme appartiennent en quelque sorte si exclusivement au chancroïde, que l'existence de cet état morbide dans une ulcération ne permet guère d'en méconnaître la nature. — Nous en dirons autant de la gangrène : cette complication est si rare dans le chancre infectant, que le fait de son apparition dans une ulcération des organes génitaux doit faire soupçonner qu'il s'agit d'un chancre simple.

La *marche* et la *durée* de la lésion fournissent encore, suivant nous, des données importantes au diagnostic. Ainsi, la tendance à l'agrandissement, et la longue durée du chancroïde dans la plupart des cas, bien que ne constituant pas des caractères exclusifs à cette affection, ne doivent pas être oubliés dans l'appréciation des signes diagnostiques.

Enfin, le *siége* de l'ulcération peut, dans quelques circonstances, éclairer le diagnostic. Ainsi, l'extrême rareté du chancroïde sur certaines régions, la face et la cavité buccale, par exemple, ne doit-elle pas faire considérer *à priori* les ulcérations qui se manifestent sur ces régions comme étant étrangères au chancroïde?

(1) Nous prouverons plus loin que l'insuffisance de l'alimentation, les privations de tous genres, la débilitation enfin, déterminent très fréquemment des récidives chez les sujets qui ont eu la syphilis constitutionnelle.

4° *Affections que l'on peut confondre avec le chancroïde.*

La plupart des affections de forme ulcéreuse ou exulcéreuse siégeant sur les organes génitaux, peuvent être confondues avec le chancroïde. Il n'est pas de praticien, quelle que soit son habileté dans le diagnostic des lésions génitales, qui ne puisse faire l'aveu de l'embarras où il s'est trouvé *souvent*, en présence d'ulcérations des organes génitaux sur lesquelles il avait à porter un jugement (1).

Les lésions génitales que l'on peut confondre avec le chancroïde sont : les excoriations simples, — les affections herpétiques, — le chancre infectant ; — les lésions syphilitiques constitutionnelles de forme ulcéreuse (papules muqueuses, affections diphthéritiques, ulcérations ecthymateuses et impégitineuses, tumeurs gommeuses ulcérées) ; — les ulcérations scrofuleuses (esthiomène, épithélioma), — le cancer ; — et enfin les ulcérations produites par l'application des caustiques.

Excoriations simples, érosions, etc. — Elles ont plus de ressemblance avec le chancre infectant qu'avec le chancroïde. Dans celui-ci : ulcération mieux circonscrite, plus profonde, recouverte d'une couche pseudo-membraneuse ou pultacée qui manque dans les excoriations simples ; *sécrétion virulente contagieuse, et inoculable au malade.*

Affections herpétiques. — Le diagnostic différentiel de l'*herpès* des organes génitaux, chez l'homme et chez la femme, et du chancroïde à la période de début, est d'une grande difficulté dans beaucoup de cas. En effet, la plupart des symptômes de l'herpès sont ceux du chancroïde *naissant :* état vésiculo-pustuleux ; — puis, ulcérations de la peau ou des muqueuses ; multiplicité des ulcérations ; tendance à l'agrandissement ; réunion de plusieurs ulcérations ; fond grisâtre, pultacé ou pseudo-membraneux des ulcérations, etc. Ajoutons que bien souvent l'herpès se manifeste après des relations sexuelles, et qu'il donne fréquemment lieu à de la tension et à de la douleur dans les ganglions lymphatiques de l'aine. — Il est bien vrai que la *marche* et la *durée* de l'herpès ne sont pas celles du chancroïde : l'herpès tend essentiellement à la guérison ; après huit ou dix jours de durée, les exulcérations qui le constituent se dessèchent et se cicatrisent. — Le chancroïde est plus durable : il n'est en quelque sorte qu'à sa période de début après ce même laps de temps. Mais ces caractères distinctifs, tirés de la marche différente des deux affections, sont nécessairement des signes diagnostics tardifs, et, dans la pratique, nous avons parfois à nous prononcer dès le début d'un herpès ou d'un

(1) Il y a au *dispensaire de salubrité*, un registre (femmes ajournées) sur lequel sont inscrits les cas douteux ; le chancre y figure pour plus de la moitié des cas.

chancre. La *nature* différente de la sécrétion des deux affections, reconnue par l'auto-inoculation expérimentale, peut seule, nous le répétons, nous faire distinguer les deux affections : *le chancroïde s'inocule au malade qui le porte ; l'herpès n'est pas inoculable.* (*Voy.* l'obs. p. 186).

Chancre infectant. — Le diagnostic différentiel du chancroïde et du chancre infectant est un des points les plus importants de la syphiliologie pratique ; nous mettrons toute notre application à le traiter.

Il n'est pas inutile de rappeler que ce diagnostic est une conquête toute moderne de la pathologie ; conquête dont le mérite revient pour une bonne part à M. Ricord. Sans doute, l'éminent syphiliographe n'a pas fourni tous les *éléments* du diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancre simple, mais il est incontestable qu'il a, le premier, nettement posé ce diagnostic, et qu'il en a fait le but constant de ses efforts.

L'induration ou la non-induration de la base du chancre ; — l'état des ganglions lympathiques circonvoisins (adénopathies indurées ou phlegmoneuses) ; — l'*aspect* de l'ulcération ; — et enfin l'apparition ou la non-apparition des lésions syphilitiques constitutionnelles pendant la durée du chancre, tels sont les caractères qui permettent, suivant M. Ricord, d'établir le diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancre simple.

Ces signes ont une très-grande valeur, et nous ne manquons jamais d'en tenir compte lorsque nous avons à établir ce diagnostic, mais ils sont loin de constituer la totalité des caractères distinctifs du chancre infectant et du chancroïde. En effet, l'incubation ou la non-incubation de l'affection ; — la forme sous laquelle elle se présente à son début (vésiculo-pustuleuse ou ulcéreuse) ; — son état solitaire ou multiple ; — les inoculations de voisinage ; — la marche différente des deux affections ; — les résultats différents fournis par l'auto-inoculation ; — les données qui résultent de la confrontation des malades ; — l'état de santé actuel ou antérieur du malade au point de vue de la syphilis constitutionnelle : toutes ces circonstances, disons-nous, doivent être considérées comme étant des éléments cliniques complémentaires dans le diagnostic qui nous occupe.

La multiplicité des caractères distinctifs du chancroïde et du chancre infectant nous fait insister, dans nos cours, sur l'extrême importance d'établir les bases du diagnostic différentiel de ces deux affections sur un certain nombre de données cliniques, et non sur un seul signe, quelle que soit sa valeur. — Il nous est arrivé bien souvent, dans les cas difficiles, c'est-à-dire ceux dans lesquels les caractères distinctifs de l'une ou de l'autre affection sont peu marqués, de rectifier notre diagnostic après avoir reconnu que *la somme* des caractères cliniques que nous constations appartenait à telle variété plutôt qu'à telle autre. Nous répéterons donc ici ce que nous avons dit à propos du diagnostic du chancre infectant, à savoir,

que dans le diagnostic du chancroïde et du chancre infectant, il importe d'établir ce diagnostic sur un *ensemble* de symptômes ou de signes, et non sur un seul caractère de l'ulcération, l'induration ou la non-induration de la base, par exemple ; — qu'il faut avoir présente à l'esprit la symptomatologie des deux affections, et en utiliser *toutes* les données dans la détermination du diagnostic, et cela en tenant compte des cas rares, c'est-à-dire insolites et exceptionnels.

A l'exemple de l'un de nos élèves, dans sa dissertation inaugurale *sur le diagnostic différentiel du chancre et du chancroïde* (M. Blacheyre, *Thèse citée*, avril 1855), nous présenterons sous la forme de tableau la symptomatologie comparée des deux affections dont le diagnostic nous occupe.

CHANCROÏDE.	CHANCRE INFECTANT.
Il suit de très-près la contagion ; son début est rapide : *il n'incube pas*.	Plus tardif dans son apparition. Un intervalle de temps variable, mais constant, s'écoule entre la contagion et le début : *il incube toujours*.
Fréquence du début de l'ulcération par une affection vésiculo-pustuleuse.	Début presque constant sous la forme d'une *excoriation* superficielle.
État ulcéreux dès les premiers jours de son apparition.	*Non ulcération*, ou ulcération tardive.
Tendance à l'agrandissement ; progrès de l'ulcération en largeur et en profondeur, d'où la fréquence de la forme ulcéreuse. — Longue durée ; malignité de l'affection dans la plupart des cas.	Tendance à l'état stationnaire ou à la guérison. — Fréquence de la forme exulcéreuse, et bénignité relative en tant qu'affection locale : — Quelques cas exceptionnels.
Non-induration de la base, ou induration inflammatoire.	Induration *particulière* et *caractéristique* de la base ; — presque constante chez l'homme ; — souvent moins bien formulée chez la femme.
Aspect d'une ulcération bien caractérisée (forme ulcéreuse et phagédénique) ou d'une exulcération végétante (forme exulcéreuse).	Lésion d'un aspect particulier : excoriation pseudo-membraneuse, saillante ou peu ulcérée (érosion chancreuse) ; ulcérée et indurée dans le chancre infectant de forme ulcéreuse ; ulcérée mais non indurée dans quelques cas.
Fréquence des *inoculations successives*, de voisinage, ou sur des régions éloignées du siége du chancroïde.	État *solitaire* de l'affection. Pas d'inoculations de voisinage.
Très-souvent multiple d'emblée, c'est-à-dire à son début ; — nombre parfois considérable des ulcérations (8, 10, 15, etc).	Plus fréquemment solitaire que multiple d'emblée : — petit nombre des chancres multiples (2, 5 et bien rarement au delà de 5).
État des ganglions. — Absence fréquente d'adénopathie.	Nombre très-restreint des cas dans lesquels les ganglions voisins restent sains.
Adénopathies de *forme phlegmoneuse*, avec pus inoculable ou non inoculable.	Adénopathies *indurées*, c'est-à-dire *non phlegmoneuses*. — Quelques cas exceptionnels.
Le bubon phlegmoneux à pus virulent ou inoculable est un des signes pathognomoniques du chancroïde.	Le bubon phlegmoneux concomitant du chancre infectant ne fournit pas de pus inoculable au malade.
La lymphite symptomatique du chancroïde est rare ; elle est, comme le bubon phlegmoneux, virulente (inoculable) ou non virulente	Fréquence de la lymphite indurée.

CHANCROÏDE.	CHANCRE INFECTANT.
Absence des symptômes généraux caractéristiques de la syphilis constitutionnelle, quelle que soit la durée de l'ulcération.	Existence de quelques-uns des symptômes prodromiques de la vérole (douleurs rhumatoïdes, céphalée, etc.), ou de lésions de la peau et des muqueuses appartenant à la période secondaire de la syphilis (syphilides exanthématiques, papules muqueuses, angine, etc.), si l'ulcération dure depuis plus de deux mois.
Fréquence des complications : inflammation; gangrène; phagédénisme.	Complications rares, et surtout bénignes relativement à celles du chancroïde.
Siége : — Extrême rareté sur les régions éloignées de la sphère génitale.	Fréquence assez grande hors de la région génitale.
Confrontations : — Chancroïde chez l'infectant.	Chancre infectant ou lésions constitutionnelles, de forme sécrétante, chez l'infectant.
Antécédents : — Le malade a eu ou n'a pas eu la syphilis constitutionnelle. — Dans ces deux conditions, il est apte à contracter le chancroïde; d'où il suit que le produit de sécrétion du chancroïde est *inoculable* aux individus qui ont eu la syphilis constitutionnelle.	Le malade n'a pas eu la syphilis constitutionnelle, héréditaire ou acquise. — La sécrétion du chancre n'est que rarement et exceptionnellement inoculable aux sujets qui ont eu la syphilis généralisée.
Produit de sécrétion inoculable au malade pendant toute la durée de la période d'état du chancre : *auto-inoculation positive.*	*Produit de sécrétion non inoculable au malade : auto-inoculation négative.* — Quelques cas exceptionnels (?).
Il n'y a pas d'individus réfractaires à l'inoculation du chancroïde.	Il est des sujets réfractaires au chancre infectant.
Inoculable aux animaux.	Non inoculable aux animaux.
Consiste en une affection purement locale.	Constitue une affection générale, manifestation la plus précoce de l'empoisonnement syphilitique.
Il ne donne le bénéfice d'aucune immunité morbide.	Il rend réfractaire à une nouvelle syphilis constitutionnelle.

Tel est l'ensemble des caractères distinctifs du chancroïde et du chancre infectant.

Lors donc qu'il s'agit de déterminer si une ulcération est un chancre infectant ou chancroïde, il faut :

1° Constater et analyser avec soin les symptômes de cette ulcération (aspect, état de la base, multiplicité, inoculations de voisinage, etc.), afin de juger si l'ensemble des caractères qu'elle présente concorde avec la symptomatologie du chancroïde ou avec celle du chancre infectant;

2° S'assurer de l'état des ganglions dans lesquels se rendent les vaisseaux lymphatiques de la partie affectée;

3° Interroger le malade sur le fait de l'incubation ou la non-incubation de l'affection (1) ; sur la forme (vésiculeuse ou ulcéreuse) de la lésion au moment de son apparition, et enfin sur ses antécédents syphilitiques,

(1) Tenir compte des causes d'erreurs que nous avons signalées, à propos du chancre infectant.

c'est-à-dire lui demander s'il a été atteint de la syphilis constitutionnelle ;

4° S'assurer de l'existence ou de la non-existence de symptômes syphilitiques constitutionnels, en tenant compte de *l'âge* de l'ulcération ;

5° Confronter, si cela est possible, l'infecté et l'infectant ;

6° Enfin, pratiquer une auto-inoculation expérimentale, si toutes les circonstances que nous venons d'énumérer ne suffisent pas pour établir le diagnostic.

Nous ferons remarquer que dans la pratique il est rarement nécessaire d'avoir recours à *tous* les éléments du diagnostic pour reconnaître un chancroïde ou un chancre infectant. Dans la plupart des cas, l'existence de quelques-uns des symptômes qui caractérisent ces ulcérations nous permet d'établir le diagnostic. L'analyse complète des symptômes, la confrontation des malades et l'auto-inoculation, ne sont nécessaires que dans les cas douteux, c'est-à-dire ceux dans lesquels la réunion de certaines circonstances, dont nous allons parler un peu plus loin, rend le diagnostic difficile.

Les symptômes du chancre infectant et du chancroïde présentant d'assez grandes différences suivant les périodes de ces affections, il est important de préciser l'*âge* de l'ulcération, dans un cas donné de diagnostic, sinon on s'expose à rechercher inutilement dans une période, des symptômes ou des signes qui appartiennent à une autre période de l'ulcération.

Nous aurions parlé bien incomplétement du sujet qui nous occupe, si nous nous bornions aux considérations qui précèdent : il nous reste à dire, qu'il est des cas dans lesquels la réunion de certaines circonstances rares ou exceptionnelles, peut singulièrement fausser notre jugement, c'est-à-dire nous conduire à une erreur de diagnostic.

Il est des cas, avons-nous dit, dans lesquels le chancre infectant manque d'induration. Or, on le comprend facilement, cette circonstance est bien propre à faciliter la confusion entre les deux espèces d'ulcérations dont le diagnostic nous occupe. Cela est si vrai, que la plupart des syphiliographes actuels, habitués à considérer l'induration comme étant le signe caractéristique, le symptôme *sine quâ non* du chancre infectant, tandis que c'est l'infection constitutionnelle elle-même qui est le critérium du chancre vrai, ces médecins, disons-nous, confondent le chancre infectant manquant d'induration avec le chancroïde : en d'autres termes, lorsqu'ils voient chez un malade se manifester des lésions constitutionnelles après un chancre qui n'a pas été induré, ils considèrent ce chancre comme étant un chancroïde, et ils ne manquent pas de conclure que le chancre simple et le chancre infectant constituent une seule et même affection. Nous reviendrons sur cette confusion qui est, suivant nous, une des causes du

peu d'accord des syphiliographes sur la question de l'identité ou de la non-identité du chancre et du chancroïde. Occupons-nous du diagnostic différentiel.

Comment distinguer, au lit du malade, le chancroïde et le chancre infectant qui n'est pas induré? — En se rappelant que l'induration de la base du chancre n'est qu'un des symptômes, ou si l'on veut un des signes du chancre infectant, et conséquemment que l'absence de ce symptôme n'ôte rien de leur valeur à *tous* les autres signes auxquels on reconnaît l'ulcère primitif infectant. — C'est donc à la recherche de ces signes qu'il faut s'appliquer : incubation ; forme ulcéreuse au début ; engorgement des ganglions lymphatiques voisins ; confrontations ; auto-inoculation négative : ils suffisent pour diagnostiquer le chancre vrai ; car l'induration, nous ne saurions trop le dire, n'est ni le seul, ni le plus important des caractères distinctifs du chancre infectant.

Dans d'autres cas, un chancre infectant peut être *accompagné d'un bubon phlegmoneux.* — Cette circonstance, heureusement assez rare, est une de celles qui conduisent le plus facilement à une confusion entre le chancre et le chancroïde, car le bubon phlegmoneux est très-fréquemment le satellite du chancre non infectant : il faut donc être prévenu de la possibilité de cette coïncidence d'un bubon aigu avec un chancre infectant, et procéder ainsi que nous venons de le dire à propos du chancre vrai manquant d'induration, c'est-à-dire, constater si les autres caractères de l'ulcération sont ceux du chancroïde ou du chancre infectant ; — faire intervenir, en outre, la confrontation des malades, et surtout pratiquer l'auto-inoculation.

Enfin, nous ne tairons pas qu'il est quelques cas dans lesquels le diagnostic différentiel du chancre et du chancroïde est d'une extrême difficulté, et cela, à cause de la réunion de circonstances *exceptionnelles multiples*, et aussi à cause des renseignements erronés fournis par les malades. Si l'on n'a pas recours, dans ces cas, à l'auto-inoculation expérimentale, et à la confrontation, ce diagnostic est impossible. Heureusement ces cas sont rares, et, encore une fois, nous affirmons que la distinction si importante, au point de vue du pronostic et du traitement, entre le chancroïde et le chancre infectant, est ordinairement facile pour tout médecin qui connaît la symptomatologie de ces affections ; connaissance que l'on n'acquiert pas, il est presque inutile de le dire, sans observer les malades : d'où il résulte que tous les préceptes relatifs au diagnostic ne peuvent dispenser le praticien de l'étude clinique du chancre.

Lésions syphilitiques constitutionnelles. — Quelques-unes des lésions syphilitiques consécutives de forme ulcéreuse, peuvent être confondues avec le chancroïde, surtout dans les cas où ces lésions se manifestent sur

les organes génitaux ou dans leur voisinage, parce que ces organes et les régions qui les environnent sont ordinairement le siége du chancroïde.

Les *papules muqueuses génitales* ulcérées, particulièrement chez la femme, ont parfois une très-grande ressemblance avec le chancroïde de forme exulcéreuse (multiplicité, couleur grisâtre de la surface de l'ulcération, non-induration de la base, etc.). Nous avons vu bien des fois des praticiens très-versés dans la connaissance des affections syphilitiques, différer d'opinion à propos de papules muqueuses de la vulve : les uns voyaient dans ces lésions des chancres simples, et d'autres des papules ulcérées.

Les *tumeurs gommeuses ulcérées* du fourreau de la verge, du gland, du scrotum, de la vulve, du col utérin, etc., peuvent être confondues avec le chancroïde de forme ulcéreuse, car la symptomatologie de ces affections a plus d'un trait de ressemblance : fond grisâtre et pultacé de l'ulcération, bords taillés à pic, longue durée, etc. Nous avons plusieurs fois pris pour des chancroïdes, des ulcérations génitales consécutives à des tumeurs gommeuses suppurées. — L'observation suivante nous a paru digne d'être rapportée.

Obs. — Dans le courant de l'anée 1855, un homme de trente cinq à quarante ans, se présenta à notre dispensaire pour y être traité d'une ulcération située sur la face dorsale de la verge, très-près du pubis, et ayant les caractères suivants : étendue d'une pièce de 50 centimes ; forme circulaire ; bords taillés à pic, et comme faits à l'emporte-pièce ; fond grisâtre et pultacé ; — pas d'induration de la base ; — absence d'engorgements dans les ganglions de l'aine.

Nous diagnostiquâmes un chancroïde.

Un jour, le malade nous fit constater, à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, la présence d'une petite tumeur dans laquelle nous reconnûmes une gomme en voie de ramollissement. — L'idée nous vint que la lésion du pénis était, peut-être, une ulcération consécutive à une tumeur gommeuse ramollie. Nous interrogeâmes le malade sur le début de cette ulcération, et il nous apprit qu'elle avait suivi les mêmes phases que la lésion de la cuisse. — Après moins de quinze jours d'emploi d'une solution d'iodure de potassium *intus* et *extra*, le malade fut guéri.

Depuis l'époque à laquelle nous avons observé ce malade (1855), nous avons rencontré plusieurs cas de tumeurs gommeuses ulcérées des organes génitaux (prépuce, gland, scrotum) qu'il eût été facile de confondre avec un chancroïde.

Enfin, certaines ulcérations syphilitiques de la peau, consécutives à des tubercules cutanés ulcérés (syphilide tuberculeuse ulcérée), peuvent simuler le chancroïde de forme phagédénique, surtout lorsque ces ulcérations sont situées sur les régions génitales.

Le diagnostic différentiel du chancroïde et des lésions syphilitiqnes constitutionnelles ne peut être rigoureusement établi qu'à l'aide de l'ino-

culation expérimentale : le chancroïde est toujours inoculable au malade qui le porte ; — les lésions secondaires ou tertiaires ne le sont que très-rarement et très-exceptionnellement (1).

Affections épithéliales. — Nous avons dit que le chancre infectant pouvait être confondu avec les ulcérations chroniques de la peau désignées sous les noms de *chancroïde*, d'*esthiomène*, de *lupus*, d'*épithélioma*. Il suffit de se rappeler les principaux symptômes de ces ulcérations pour comprendre combien il est facile de les confondre avec les chancroïdes phagédéniques, particulièrement dans les cas où, comme les tumeurs gommeuses, elles apparaissent sur les organes génitaux. Lisez quelques observations de lupus de la vulve, et vous serez frappé de la ressemblance de ces ulcérations chroniques avec le chancre phagédénique. — Ce sont ces lésions scrofuleuses de la vulve, assez fréquentes chez les femmes publiques, que MM. Boys de Loury et Costilhes ont décrites (*Mém. cité*) sous la dénomination impropre, toutefois, de *chancres chroniques*. M. Sperino avoue avoir longtemps pris ces ulcérations pour des chancres passés à l'état chronique (*Ouvr. cité*, p. 568).

Nous ne connaissons qu'un seul moyen pour différencier sûrement le lupus du chancroïde : l'inoculation expérimentale. Le chancroïde, nous le savons, est inoculable au malade qui le porte; le lupus n'est pas inoculable (2).

Les *ulcérations simples* des organes génitaux, certaines plaies consécutives aux opérations chirurgicales ou à des applications de caustiques, etc., peuvent jusqu'à un certain point simuler le chancre simple. Dans ces cas, que certaines circonstances peuvent rendre d'une appréciation difficile (voy. p. 145 et suiv.), l'auto-inoculation, suivant les résultats positifs ou négatifs qu'elle fournit, permet de juger si l'ulcération dont il s'agit, dans un cas donné, d'établir le diagnostic, est ou n'est pas un chancroïde.

Il en est de même des ulcérations consécutives aux *abcès*, aux *inflammations folliculaires*, aux *tannes* et aux *affections furonculeuses* des organes génitaux.

(1) La propriété de réinoculation des lésions consécutives est plus que douteuse pour nous ; dans aucun cas d'ailleurs elle n'a pour résultat la production d'un chancroïde.

(2) Nous avons rapporté (p. 149) un cas de lupus du pénis, dans lequel une inoculation expérimentale fut faite par nous et contribua puissamment à nous éclairer sur la nature de l'affection que portait notre malade. — Dans trois autres cas, à Saint-Lazare, nous n'avons pu établir le diagnostic qu'à l'aide de l'expérimentation.

§ IX. — Étiologie et pathogénie du chancroïde.

Étiologie. — Quelle est la cause du chancroïde? Cette cause est-elle la même que celle qui produit le chancre infectant et la syphilis constitutionnelle? — Est-elle différente? — En d'autres termes, le chancroïde doit-il être considéré comme étant un des effets du virus syphilitique; ou bien, faut-il voir dans cette ulcération, une affection génitale contagieuse, mais étrangère à la syphilis? — Et quelle est cette affection? — Telles sont les questions que nous devons d'abord étudier dans ce paragraphe.

Ces questions, afférentes à la cause, ou à la *nature* (de *nasci*, naître) du chancroïde, ne sont pas purement spéculatives ou théoriques : elles se rattachent beaucoup plus qu'il ne semble au premier abord à la pratique des maladies vénériennes. — En effet, les maladies diffèrent surtout par leur *nature*, c'est-à-dire par leur cause. — *Ce sont les causes qui déterminent les espèces morbides* : une maladie diffère *essentiellement* d'une autre maladie, lorsque sa cause est différente. Or la diversité des états morbides, la pluralité des maladies, a pour conséquence la diversité des médications ou des traitements. — N'est-il pas de toute évidence, que si la cause du chancroïde est différente de celle du chancre infectant, ces ulcérations ne sont pas de même nature? et que leur traitement doit différer?

Ces considérations nous paraissent suffisantes pour motiver l'importance que nous attachons à l'étude de l'étiologie, du chancroïde.

Les opinions émises à différentes époques sur l'étiologie du chancre non infectant peuvent être rangées sous les deux chefs suivants :

1° *Théorie unitéiste.* — Le chancre infectant, et le chancre local sont produits par une cause unique, le virus syphilitique; virus dont l'action se généralise dans l'économie tout entière (chancre infectant), ou reste locale (chancroïde), suivant l'intervention ou la non-intervention de certaines circonstances physiologiques ou pathologiques.

2° *Théorie dualiste.* — Deux causes différentes, deux virus, donnent naissance, l'un au chancre infectant, l'autre au chancroïde : ces deux affections diffèrent autant l'une de l'autre, que la variole diffère de la gale, par exemple.

1° Théorie unitéiste.

La *théorie unitéiste* est fort ancienne. Presque contemporaine de l'apparition de la syphilis en Europe, elle a été admise par la plupart des auteurs qui ont écrit sur la maladie vénérienne depuis le milieu du XVIe siècle jusqu'à nos jours.

Nicolas Massa (1532) doit être considéré comme le fondateur de cette doctrine. Le premier, parmi les syphiliographes, il soutint que le virus de la syphilis ne produit qu'une ulcération locale des organes génitaux, lorsque cette ulcération est accompagnée d'un bubon phlegmoneux de l'aine. Massa interpréta ce fait pathologique à l'aide des idées physiologiques qui régnaient alors sur les fonctions du foie, et sur l'importance des lésions de cet organe dans la production des maladies; idées qui étaient celles de Galien.

Voici le passage dans lequel Massa expose son opinion : « *Sæpiissime apparent ulcera virgæ..... in his qui per coitum inficiuntur..... Et sequuntur apostemata inguinum, quæ, si suppurantur, removent ægritudinem maxime a principio, quoniam inguina sunt emunctoria hepatis, per quæ expurgantur materiæ, quæ in hepar imprimebant malam qualitatem.* » (Luisinus, p. 46.) Ainsi, suivant Nicolas Massa, le chancre qui détermine des bubons suppurés, celui qui n'est pas suivi d'infection constitutionnelle, a pour origine ou pour cause déterminante la cause elle-même de la syphilis.

Cette opinion sur l'*identité de la cause* du chancre infectant et du chancre local (*unitéisme*) a été celle de *tous* les syphiliographes postérieurs à Nicolas Massa, jusqu'à la fin du siècle dernier. — Il nous suffira pour le prouver, de citer quelques passages empruntés aux ouvrages publiés pendant les XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles.

1540. — *Antoine Lecoq :* « Le mal commence (la syphilis) par un petit ulcère (*ulcusculus*) du pénis; des glandes (quas ἀδῆνας vocant) se manifestent dans les aines, et si elles suppurent, le venin est *souvent* rejeté; *d'où résulte un bubon chancreux : Hoc morbi genus cancrosum vocant bubonem.* » (Luisinus, p. 462.)

1541. — *Remacle Fuchs* (cité par nous p. 226) disait que lorsque le bubon était opéré par un chirurgien habile, et tenu longtemps ouvert, le chancre restait local.

1552. — *Thierry de Hery :* « S'il survient un bubon, autrement dict poulain qui « reçoyve ladicte fluxion, en brief l'ulcère sera curé et guary : et sera le patient « exempt de la vairolle par la méthodique et bonne curation dudict absces. » (*Ouvr. cit.*, p. 22.) Dans le passage suivant, Thierry est encore plus explicite sur l'identité de la cause qui produit le chancre infectant et le chancre local : il admet qu'une même femme peut donner les deux variétés d'ulcération, *suivant la prédisposition* des individus qui auront des rapports avec elle. « Maintz qui habiteront « avec femmes infectees prendront la vairolle, là où d'autres devant, ou après, n'y « prendront ou auront pris aucun mal : ou bien auront seulement ulceres en la « verge, ou quelque bubon en l'emunctoire du foye, communement appellé poulain, « sans avoir la vairolle comme les autres. » (P. 26.)

1555. — *Gabriel Fallope*, le plus éminent de tous les syphiliographes du XVIe siècle, est celui qui s'est le plus étendu sur les différentes formes du chancre primitif.

Dans les deux chapitres de son remarquable livre (1), qui ont trait au bubon

(1) Rédigé d'après ses leçons, et publié après sa mort, par P. A. Agato.

(90[e] et 91[e]), il ne manque pas de dire que le bubon phlegmoneux est comme une dépuration naturelle par laquelle le foie se débarrasse de la matière morbifique; aussi recommande-t-il avec instances de n'employer aucune médication locale résolutive, mais de favoriser la maturation des bubons.

1674. — *Nicolas de Blégny :* « Les maladies vénériennes sont toujours l'effet « d'une même cause » (3[e] édit., t. II, p. 4).... : « Les ulcères que cette matière (le virus syphilitique) fait à la peau ou aux pellicules extérieures lorsqu'elle vient du dehors, sont les plus simples des indispositions qu'elle cause; parce que, bien loin d'agir sur les parties intérieures, elle ne fait que rompre les fibres superficiels. » (T. I, p. 123.) .... « Les chancres sont d'un degré plus avancé, *puisqu'ils* sont toujours accompagnez de dureté dans leurs racines et dans leurs borts. » (*Ibid.*) « .... Ils forment le deuxième degré des maladies vénériennes, et sont nécessairement les suittes des ulcères qui font le premier, toutes les fois qu'ils ont esté négligez ou mal pansez. » (P. 172.)

1736. — *Astruc :* « Le virus syphilitique agit d'abord localement » (t. II, p. 41, trad. de Louis). — Il produit des ulcères primitifs ou chancres, mais ces chancres ne sont pas toujours suivis de symptômes généraux : « Il faut avouer qu'on voit « des personnes qui, après avoir eu autrefois des chancres, n'ont ensuite, le reste « de leur vie, aucun symptôme de vérole. » (T. III, p. 356.) (1).

1758. — *Pierre Fabre.* Comme ses devanciers, il admet que le chancre local a pour cause le virus syphilitique : « Dans les chancres, la nature ne se suffit pas à elle-même pour détruire le virus..... Cependant, dans ce même cas, elle emploie *souvent* une ressource qui est capable de détruire le levain morbifique : c'est lorsqu'il survient aux chancres un poulain dans les glandes les plus voisines du lieu qu'ils occupent, et que ce poulain se termine par une suppuration louable et abondante (2). » — Et plus loin, en parlant du bubon : « L'expérience prouve que la suppuration du bubon garantit le malade de la vérole. » (P. 138.)

1786. — *Hunter* n'a rien dit du chancre non infectant, non qu'il ne l'eût observé, ainsi que paraît le penser M. Richelot (3), mais parce qu'il le confondait avec le chancre infectant, ou plutôt parce qu'il croyait à l'identité de ces deux ulcérations, ainsi que le prouvent les inoculations *positives* de chancres aux individus atteints de la syphilis constitutionnelle dont il parle, « expériences qu'il a répétées plus d'une fois, et *toujours* avec le même résultat. » (*Ouvr. cité*, 2[e] édit., p. 568.)

1788. — *Will. Nisbet* : « Une opinion trop générale a été que la présence du chancre indiquait toujours une absorption, et que, dès sa première apparition, on devait craindre la transmission du virus dans tout le système. Cette opinion, admissible dans quelques cas, est cependant poussée trop loin, et, contradictoirement à elle, nous observons que dans bien des cas, même ceux où l'on n'a recours à aucun remède, si ce n'est aux locaux, on n'a d'ailleurs point vu la vérole survenir. » (*Ouvr. cit.*, p. 165.)

1800. — *Vacca Berlinghieri :* « Quoique la vérole soit une suite du chancre, il

(1) Louis pensait que l'extrême acuité des accidents primitifs, c'est-à-dire, que l'inflammation locale qu'ils déterminent parfois, était une des causes de leur localisation (t. II, p. 421); idée qui a été reproduite par Petit-Radel dans son *cours* sur les maladies vénériennes, (t. I, p. 47), et dans la préface de sa traduction de Nisbet, p. 10).

(2) *Traité des maladies vénériennes,* 4[e] édit. Paris, 1782, p. 25. — La première édition est de 1758.

(3) « On dirait que Hunter n'a jamais observé que des chancres indurés. » (*Trad. de Hunter, Syphilis*, 3[e] édit., p. 369.)

s'en faut de beaucoup qu'elle le suive toujours (1), » opinion que partage son traducteur, P. Alyon : « Je pense, avec l'auteur, que le chancre est *souvent* une maladie locale. » (P. 275.) Ce que Vacca explique par « une hypothèse, » comme il le dit, l'action des glandes lymphatiques sur le virus syphilitique : « Il est démontré que les glandes lymphatiques ont la faculté de produire de grands changements dans les humeurs qui sont obligées de les traverser (d'après Mascagni). Si elles peuvent changer en sérum la bile, le sperme, l'urine, pourquoi ne pourraient-elles pas changer le virus vénérien? » (P. 136.)

1809-1828. — M. Lagneau, dans son traité qui a si longtemps servi de guide aux médecins français, n'établit aucune distinction, étiologique ou autre, entre le chancre local et le chancre infectant; il les confond dans une même description, et leur applique un même traitement général, le traitement mercuriel; ce qui est parfaitement logique au point de vue de la doctrine unitéiste (2).

1836. — La notion du chancre local était donc singulièrement affaiblie lorsque M. *Ricord*, dans son premier travail sur le chancre (3), admit qu'une cause unique le virus syphilitique, produisait le chancre qui reste local et le chancre qui est suivi d'infection constitutionnelle; la diversité des effets résultant, selon lui, non de la nature différente des chancres, mais de l'*idiosyncrasie*, de la *prédisposition*, du tempérament des malades, et même des « écarts de régime de tous genres auxquels « ils sont exposés pendant la durée du chancre. » (*Loc. cit.*, p. 18.)

M. Ricord a reproduit son opinion sur l'étiologie du chancre non infectant dans son *Traité de la syphilis* (1838), et dans ses *Lettres :* « La question de la pluralité des virus, si nettement tranchée par quelques médecins anglais, est loin d'être résolue. Jusqu'à présent nous avons toujours le droit de ne croire qu'à l'existence d'un seul virus, etc. » (XVIII[e] *Lettre.*) — Enfin, dans ses *Leçons sur le chancre* (1857), après avoir déclaré, en parlant du chancre simple et du chancre infectant, que « *tout contribue à nous les présenter comme deux espèces absolument distinctes* » (p. 226), M. Ricord conclut néanmoins que ces ulcérations sont les effets d'une même cause, le virus syphilitique : « La dualité du virus chancreux n'est encore qu'une hypothèse que l'avenir jugera; l'unicité du virus syphilitique est une vérité jugée par l'expérience et par le temps. » (P. 223.) Conclusion que nous nous abstenons de commenter.

La doctrine unitéiste, en outre des auteurs que nous venons de citer, compte encore parmi ses adhérents, presque tous les pathologistes qui ont écrit sur la syphilis depuis trente ans, et parmi lesquels nous aimerions à citer MM. Cazenave, Gibert, Baumès, Reynaud, Bertherand, Vidal, Cullerier, Sperino, Gamberini, Galligo, Sigmund, Thiry, Melchior Robert, Davasse, Maisonneuve et Montanier, si nous ne devions limiter nos exemples et nos preuves.

(1) *Traité des maladies vénériennes,* publié par P. Alyon. Paris, 1800, p. 190.

(2) *Traité prat. des maladies sphilitiques.* 6[e] édit., Paris, 1828.

Dans son premier travail sur la syphilis, M. Lagneau disait : «La nature et la marche générale des chancres primitifs étant connues, on voit qu'ils doivent être *constamment* cause d'infection syphilitique.» *Exposé des diverses méthodes de traiter les maladies vénériennes,* etc., Paris, 1809, p. 37.

(3) *Considérations pratiques sur le chancre* (*Bull. génér. de thérap.,* juillet et septembre 1836).

Nous allons démontrer que la théorie unitéiste, telle qu'elle a été admise jusqu'à présent, repose sur des hypothèses que les faits cliniques ne permettent pas d'accepter.

Si le chancre simple était *toujours* accompagné de bubons qui suppurent, l'interprétation de sa localisation par le fait de la phlegmasie ganglionnaire aurait quelque vraisemblance. Mais le chancre local ne détermine pas toujours des adénites phlegmoneuses : il est très-fréquent d'observer des malades qui portent pendant plusieurs mois des chancroïdes, et n'ont pas de bubons suppurés; cependant, ces malades ne sont pas ultérieurement atteints de la syphilis constitutionnelle. — D'un autre côté, on voit parfois des malades chez lesquels le chancre infectant donne lieu à un bubon phlegmoneux. Or, ces faits sont contraires à l'hypothèse ancienne, celle qui considère le bubon suppuré comme étant la cause de la localisation du virus syphilitique dans le chancroïde.

L'hypothèse de Vacca Berlinghieri, à savoir, que les ganglions lymphatiques ont peut-être la propriété de modifier le virus syphilitique, d'où résulte la localisation de certains chancres, n'est pas mieux fondée : les cas de chancres sans bubon, et non suivis d'infection constitutionnelle; ceux de chancres accompagnés d'engorgements ganglionnaires multiples, et qui sont suivis d'infection générale, renversent cette hypothèse. Il faudrait en outre, dans cette hypothèse, expliquer pourquoi les ganglions modifient le virus dans certains cas (chancre local) et ne le modifient pas dans d'autres circonstances (chancre infectant).

L'opinion, en apparence plus vraisemblable, de Louis et de Petit-Radel, celle qui consiste à attribuer à l'*inflammation* la propriété de localiser le chancre, en empêchant l'absorption du virus, n'est pas soutenable en présence de ce fait si important, savoir, que le chancre infectant n'est pas la cause, mais un des effets de l'empoisonnement syphilitique, ainsi que nous en fournirons plus loin les preuves : d'où il résulte que l'infection constitutionnelle est un fait déjà accompli lorsque, par une cause quelconque, le chancre est le siége de cette inflammation que Louis considérait comme étant prophylactique de la syphilis constitutionnelle.

L'hypothèse dans laquelle la *prédisposition* ou l'idiosyncrasie des individus contagionnés, est considérée comme étant la véritable cause de la localisation du chancre, n'est pas plus soutenable. — Voici, suivant nous, les faits qui lui sont opposés, et la renversent.

Nous avons depuis longtemps fait remarquer, qu'il n'est pas rare de voir le même individu, contracter d'abord un chancroïde, et peu de temps après un chancre infectant. Or, disions-nous (*Mém. sur le chancroïde*, p. 8), si l'idiosyncrasie du malade, si sa prédisposition était la

cause des effets si différents d'un même contagium, d'un même virus, il faudrait admettre que l'état inconnu de l'organisme, appelé prédisposition, varie en quelque sorte, d'un moment à l'autre : fait contraire à ce que nous savons relativement aux autres virus. Cet argument mérite que nous lui donnions l'appui de quelques faits cliniques.

Obs. — En 1844, pendant notre internat à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, un malade atteint d'un chancre phagédénique, après avoir séjourné plusieurs mois à l'hôpital, sortit guéri. — Quelques semaines après, ce même malade, s'étant exposé à la contagion, contracta un chancre infectant pour lequel il fut admis et traité dans le même service.

Obs. — En 185., nous avons observé un cas en quelque sorte identique avec celui du malade dont il vient d'être question.— Un officier, M. X..., contracta un chancre infectant, quinze ou vingt jours après sa sortie de l'hôpital du Val de Grâce, où il avait été traité, et guéri d'un chancre phagédénique, ayant détruit une portion du gland (côté gauche).

Obs. — Nous avons rapporté (p. 122) l'observation détaillée d'un élève en architecture qui contracta un chancroïde dans le mois de *février* 1856, et un chancre infectant, au mois de *juin* de la même année.

Obs. — Il y a quelques mois, nous avons observé à notre dispensaire, un malade atteint d'un chancre infectant du pénis, et qui portait sur la région hypogastrique une cicatrice récente, résultant d'une inoculation expérimentale pratiquée à l'hôpital du Midi, avec du pus recueilli sur des chancroïdes multiples de la verge, — chancroïdes pour lesquels le malade était entré à l'hôpital, et dont il était guéri depuis quinze jours à peine, lorsqu'il contracta son chancre infectant.

Il est d'autres faits, non-seulement inexplicables dans l'hypothèse de la prédisposition, mais dont la production devrait être impossible, s'il était vrai qu'il n'y a qu'un seul virus pour les deux chancres : ce sont les suivants, que nous signalons à l'attention du lecteur.

On observe parfois des malades qui contractent un chancre infectant dans le temps même où ils sont atteints d'un chancroïde. — Voici sur ce point une observation dont les détails circonstanciés laissent peu de doute sur la réalité du fait important que nous signalons :

Obs. — (1) E....., âgée de vingt-deux ans, entrée à Saint-Lazare, *le* 23 *février* 1863, salle 15, lit n° 1, service de M. Clerc.

Chancre infectant avec induration type, très-volumineuse, siégeant au-dessus de la lèvre supérieure, dans le sillon sous-nasal, et *datant d'un mois*, au dire de la malade. Ganglions sous-maxillaires fortement indurés...

(1) Observation prise et rédigée par M. H. Léger, interne à Saint-Lazare, et citée par M. A. Martin, dans sa thèse inaug. *De l'accident primitif de la syph. constit.* — Paris, 1863, p. 57.

Ce chancre, au moment de l'entrée de la malade, se présente sous la forme d'une ulcération peu considérable, recouverte d'une petite croûte jaunâtre. Celle-ci, enlevée, laisse voir l'ulcération, qui, superficielle, à surface finement granulée, est supportée par une base fortement indurée, que le doigt peut facilement délimiter.

La malade présente en même temps à la vulve *cinq chancres mous*, siégeant l'un, le plus considérable et le mieux caractérisé, à la fourchette, les autres sur les grandes et les petites lèvres. A l'anus, on observe aussi deux chancres mous; ces chancres mous, multiples, *datent du commencement du mois de février*; ils ont l'aspect d'ulcérations profondes, à bords irréguliers et taillés à pic, tapissées intérieurement d'une couche pultacée d'un jaune sale, et baignées d'un liquide sanieux. Dans l'intervalle compris entre ces différents chancres simples, les tissus sont rouges, enflammés, légèrement tuméfiés; pas d'engorgement inflammatoire des ganglions de l'aine.

Le 28 février, apparition de la roséole; amygdalite légère. — Traitement général, 2 pilules de bi-iodure d'hydrargyre.

En présence de ce fait de chancre infectant et de chancres simples existant simultanément sur le même sujet, M. Clerc pratique, le 2 mars, à la cuisse, une inoculation avec le pus du chancre mou de l'anus; moi, de mon côté, dès le 25 février, j'avais fait à l'avant-bras (face interne) du côté droit une inoculation avec le liquide séreux que j'avais trouvé sous la croûte du chancre labial (1).

4 mars. L'inoculation du chancre simple à la cuisse a réussi; les jours qui suivent, on essaye vainement d'enrayer la marche de ce chancre nouveau; (2) celui-ci s'agrandit au contraire *considérablement* (?) égalant bientôt les dimensions d'une pièce de 20 centimes; ses bords sont enflammés et entourés d'un cercle rougeâtre, causé par un peu de lymphite.

Le 15. Les chancres de l'anus persistent; le chancre infectant de la lèvre supérieure s'est complétement cicatrisé... La roséole s'est généralisée; l'engorgement des ganglions sous-maxillaires persiste; amygdalite légère; l'amygdale du côté droit est recouverte à sa partie supérieure d'une légère couche de diphthérite.

Au 15. L'auto-inoculation faite par moi, le 25 février, au bras droit, n'a donné aucun résultat.

Le 23. Des chancres simples de l'anus, un seul persiste encore très-vivace; le chancre inoculé à la cuisse s'est encore agrandi, toutefois l'inflammation qui l'accompagnait a disparu.

Le 30. Le chancre de l'anus est cicatrisé; celui inoculé à la cuisse est en voie de réparation.

Si le même contagium produisait les deux chancres, si, comme on l'a dit, la graine était la même, et donnait des produits différents, suivant la nature du terrain, c'est-à-dire suivant la prédisposition du sujet contagionné, — on ne devrait *jamais* observer dans le même temps, et sur le même malade, un chancroïde et un chancre infectant. Or, l'observation précédente prouve la réalité du fait de la coexistence des deux chancres sur le même individu.

(1) Nous avions autorisé M. Léger à pratiquer cette inoculation.

(2) Dans *aucune* de nos inoculations, nous n'avons fait pareille tentative, pour les raisons énoncées plus haut (voy. p. 213).

La seule objection qui puisse nous être faite est celle-ci : il est possible que chez la malade dont nous venons de parler, les chancroïdes de la vulve et de l'anus, aient été contractés *après* le chancre infectant labial, et alors il s'agirait d'un chancroïde chez un malade diathésé, c'est-à-dire chez un malade qui a déjà la syphilis constitutionnelle, fait très-ordinaire au point de vue de la théorie unitéiste de l'*hybridité* du chancroïde, ainsi que nous le dirons plus loin.

La nullité des renseignements fournis par la malade sur l'ordre d'apparition de ses chancres, laisse subsister cette objection. Mais, il est d'autres observations qui vont y répondre, et ne laissent place à aucune incertitude, à aucun doute, sur le fait du développement d'un chancre infectant, chez un malade qui porte un chancroïde. — Nous citerons d'abord le fait suivant qui s'est, en quelque sorte, produit sous nos yeux :

Obs. — (1) P.... (Louise-Flore), âgée de 22 ans, entre à Saint-Lazare, salle 8, lit 4, le 2 avril 1861.

On constate chez cette malade la présence de *sept* chancres simples siégeant sur les grandes et les petites lèvres; leur début date environ de quinze jours; leurs caractères sont nettement tranchés : bords déchiquetés, taillés à pic; fond grisâtre, sanieux; le tissu compris entre ces différentes ulcérations est le siége d'une inflammation assez vive; pas d'engorgements douloureux des ganglions de l'aine. — Bains de siége, pansements émollients.

25 avril. — L'inflammation a cédé. — Cautérisation répétée tous les jours au dixième de nitrate d'argent. [Solution.]

10 mai. — Commencement de cicatrisation.

Le 15, la cicatrisation est complète. A ce moment, on constate au bord libre de la petite lèvre gauche une légère exulcération sur la nature de laquelle M. Clerc hésite à se prononcer.

Le 25. — L'ulcération de nouvelle apparition s'indure à sa base, sa surface se sèche et se recouvre d'une petite croûte jaunâtre; en même temps, les ganglions de l'aine s'indurent; adénopathie inguinale double. M. Clerc diagnostique alors un chancre infectant et soumet la malade à un traitement général : 2 pilules de bi-iodure de mercure par jour.

20 juin. — Apparition de la roséole, qui vient confirmer le diagnostic; angine légère.

15 juillet. — Syphilide papuleuse lichénoïde sur le ventre, la poitrine, le dos, etc.

Ainsi, chez cette malade, pendant que nous assistions à l'évolution régulière de chancroïdes multiples, un chancre infectant était chez elle, à la période d'incubation, et venait, par sa présence, témoigner que P. avait été soumise à la contagion des deux chancres.

La preuve du développement simultané du chancroïde et du chancre infectant, chez un malade, a été amplement fournie par les médecins qui

(1) A. Martin, *thèse citée*, p. 60.

se sont livrés à la pratique, ou à des essais de syphilisation. — En effet, parmi les nombreuses observations d'inoculations expérimentales rapportées par eux, il en est dans lesquelles nous voyons des malades portant des chancroïdes, être inoculés avec le virus syphilitique, et contracter un chancre infectant et la vérole constitutionnelle. Il nous suffira pour le prouver de rapporter l'observation suivante :

Obs. — Le 10 octobre 1851, un homme âgé de 29 ans entre à l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon, pour y être traité d'un chancre phagédénique du gland qu'il porte depuis *trois mois*.

Huit jours après son entrée se manifestent, sur la limite du prépuce et la peau de la verge, trois nouveaux chancres « résultant d'inoculations accidentelles de trois vésicules de gale qui ont été déchirées par le malade. » (Inoculations de voisinage.)

Du 18 octobre au 11 novembre, de *nombreuses* inoculations sont pratiquées sur le malade avec le pus du chancre phagédénique du gland (résultats positifs), et ensuite avec le pus des chancres inoculés : résultats positifs.

Le 11 *novembre*, et les jours suivants, de nouvelles inoculations syphilisantes sont faites avec du pus chancreux *recueilli sur quatre malades atteints de chancres*.

« Le 10 décembre le chancre du gland est tout à fait cicatrisé et ne présente *aucune trace d'induration*. » Mais il n'en est pas de même de quelques-uns des chancres produits avec le virus étranger au malade. Sur ceux-ci on voit des cicatrices particulières : « Elles représentent un *petit plateau* rond ou ovale, élevé au-« dessus du niveau de la peau. Ce petit plateau est un peu dur et plus résistant que « les cicatrices ordinaires. En pressant ses bords entre les doigts on éprouve une « résistance assez marquée. Les cicatrices anciennes, y compris celle du gland, ne « présentent rien de semblable. »

En même temps que se produisent dans les chancres de provenance étrangère, les phénomènes locaux qui caractérisent le chancre infectant cutané, se manifestent les accidents prodromiques de la syphilis constitutionnelle (douleurs rhumatoïdes céphalée, etc.) et plus tard, une roséole et une syphilide papuleuse (1).

Dans cette observation importante, dont nous ne donnons ici qu'une analyse, il est pour nous de toute évidence, que le chancre du gland que portait le malade à son entrée à l'hôpital était un chancroïde. En effet, ce chancre a donné lieu à des inoculations spontanées de voisinage ; — son virus a servi à un très-grand nombre de réinoculations ; il datait des premiers jours du mois de juillet, et les premiers symptômes de l'infection générale ne se sont montrés qu'au commencement du mois de décembre. — Enfin, il n'a été le siége d'aucune induration, non plus qu'aucun des chancres produits par l'inoculation artificielle de son virus.

Au contraire, que voyons-nous pour les chancres inoculés au malade avec du virus étranger ? — Ces inoculations sont pratiquées le 11 novembre ; quelques-uns des chancres qui en résultent, *s'indurent ;* les ganglions inguinaux s'hypertrophient, et, le 28 décembre, c'est-à-dire *sept* semaines

(1) Rodet. *Observation d'un cas de syphilisation.* — Gazette médicale de Paris, 1852, p. 606.

après les hétéro-inoculations du 11 novembre, et, après quelques accidents prodromiques (céphalée, papules isolées), un exanthème syphilitique se manifeste.

Autre objection : — Si la prédisposition des individus contagionnés, si leur idiosyncrasie, était la cause de la diversité des effets d'un même virus, une femme atteinte d'un chancre infectant, par exemple, et ayant des rapports sexuels avec un certain nombre d'individus, *tous vierges d'antécédents syphilitiques*, devrait communiquer, aux uns, un chancre infectant, aux autres un chancroïde ; car il est permis de supposer que l'idiosyncrasie de ces différents individus ne serait pas la même. Or, les faits cliniques relatifs à la transmission du chancre infectant et du chancroïde, établissent qu'il n'en est pas ainsi : *le chancre se transmet dans son espèce;* un malade qui porte un chancre infectant, communique (dans les conditions dont nous venons de parler) un chancre infectant ; — celui qui est atteint d'un chancroïde transmet un chancroïde.

Voyons si une autre hypothèse, — celle qui consiste à envisager le chancre local comme étant une ulcération *sui generis*, étrangère à la syphilis, — nous rendra mieux compte de l'origine ou de l'étiologie de l'affection qui nous occupe.

2° Théorie dualiste.

L'idée fondamentale de cette théorie, avons-nous dit, est la suivante : Le chancre non infectant est étranger à la syphilis : sa cause est autre que celle qui produit la syphilis constitutionnelle. — En d'autres termes, il y a *deux virus*, l'un produisant le chancre infectant, et un autre donnant naissance au chancroïde.

Cette doctrine étiologique n'est pas aussi nouvelle que le pensent quelques syphiliographes. M. Bassereau, le plus éminent de ses représentants aujourd'hui, croit qu'elle est antérieure à la doctrine unitéiste. Suivant notre savant confrère, les premiers syphiliographes, ceux de la fin du XVe siècle, ne confondirent pas les *ulcérations génitales contagieuses* que nous appelons maintenant chancre simple, chancre local, etc., avec le chancre infectant : ils étaient donc *dualistes*, dans le sens que l'on attache à cette dénomination. — Mais un peu plus tard, « dès les premières années du XVIe siècle, » dit M. Bassereau (*ouvr. cit.*, p. 237), les syphiliographes confondirent l'ulcère local contagieux, celui que connaissaient les anciens médecins, « *le chancre antique* » (*ibid.*, p. 240) avec le chancre infectant : ils devinrent donc *unitéistes*, puisqu'ils attribuèrent les deux chancres à une même cause, le virus syphilitique.

Il est incontestable que les premiers médecins qui ont écrit sur la syphilis, ne mentionnent, ni le chancre local, ni le bubon phlegmoneux : il faut arriver jusqu'à l'époque de Nicolas Massa (1532), ainsi que l'a dit Astruc, pour trouver décrites ces deux affections.

Quoi qu'il en soit, il est hors de doute que *tous* les syphiliographes contemporains de Nicolas Massa, et tous ceux qui ont écrit après lui, considèrent le chancre local comme étant de nature, c'est-à-dire de cause syphilitique, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Ce n'est qu'à une époque assez rapprochée de nous, que le chancre non infectant a été considéré comme étant étranger à la syphilis : opinion dont nous allons sommairement indiquer l'origine et la filiation.

En 1814, un éminent syphiliographe irlandais, *Richard Carmichael*, de Dublin, publia, sous le titre d'*Essai sur les maladies vénériennes qui ont été confondues avec la syphilis* (1), un livre qui fit sensation; et, bien que les opinions émises dans ce travail n'aient pas prévalu, leur auteur est considéré aujourd'hui, comme étant le père de la doctrine dualiste. Or, cette croyance est une erreur : nous allons le démontrer.

En 1783, un médecin allemand d'une érudition immense, *Philippe-Gabriel Hensler*, dans un ouvrage que Jourdan considère comme un des plus remarquables du XVIIIe siècle (*Biog. méd.*, t. V. p. 162), et qui a pour titre : *Histoire de la maladie vénérienne qui s'est répandue en Europe à la fin du* XVe *siècle* (2), Hensler, disons-nous, démontra que les affections contagieuses des organes génitaux (ulcérations, écoulements, etc.), avaient été connues et décrites par les pathologistes, antérieurement à l'épidémie du XVe siècle; que ces affections ne devaient pas être confondues avec les affections analogues produites par la maladie syphilitique, et qu'un même traitement, le traitement mercuriel, par exemple, ne saurait leur convenir. « Les travaux de Hensler, dit judicieusement M. Albert Heisch dans sa très-remarquable dissertation inaugurale (3), « n'influèrent pas beaucoup sur la pratique de ses contemporains ; cependant, depuis les vingt dernières années du XVIIIe siècle, nous trouvons dans quelques ouvrages la trace des efforts tentés pour distinguer le chancre réellement syphilitique de celui qui ne l'est pas... » « Hensler, en outre, « en démontrant victorieusement que les différentes affections primitives des parties génitales étaient connues avant l'épidémie pustuleuse de 1493, et que même leur contagion et leur source ordinaire, *ex coïtu cum fœda aut meretrice*, l'étaient aussi, devait nécessairement conduire d'autres médecins à conclure que ces maladies et la nouvelle affection ne sont point identiques. » (*Thèse citée*, p. 28.) Conclusion à laquelle sont arrivés, en effet, quelques syphiliographes anglais au commencement de ce siècle, et, tout récemment, parmi nous, quelques-uns de nos plus autorisés confrères en syphiliologie.

(1) *An essay on the ven. dis. which have been conf. with syphilis.* — Dublin, 1814, in-4°; avec 4 pl.

(2) *Geschichte der Lustseuche, die zu Ende des XV. Jahrhunderts in Europa ausbrach.* Altona, 1783, in-8.

(3) *Du traitement sans mercure des différentes affections des parties génitales groupées sous la dénomination de symptômes syphilitiques primitifs*, par Frédéric-Albert Heisch. Strasbourg, 1835.

L'année suivante, en 1784, *Swediaur*, dans la première édition de son traité de la syphilis (1), disait que les médecins confondent trop facilement avec les chancres syphilitiques primitifs, les ulcères des organes génitaux « qui peuvent provenir, de nos jours aussi bien que du temps de Celse, d'acrimonies ou de miasmes qui n'ont rien de commun avec le virus vénérien. » (P. 142.)

Plus tard, Swediaur donna de plus grands développements à ses remarques, et fut plus explicite sur ce point. Il fit remarquer que depuis l'apparition de la syphilis en Europe, les médecins et les malades semblaient avoir oublié que des causes autres que le virus syphilitique déterminent des lésions des organes génitaux, lésions qui sont transmissibles par le coït (T. 1, ch. I, *septième* édition, 1817).

Enfin, dans le chapitre consacré à la description de l'ulcère syphilitique primitif, revenant sur cette confusion fâcheuse, il dit : « Il y a d'autres ulcères malins, opiniâtres, rongeants, qui naissent quelquefois aux parties génitales des deux sexes, et qu'il ne faut pas confondre avec les ulcères syphilitiques, parce qu'ils exigent un traitement tout à fait différent. Plusieurs espèces de ces ulcères ont été déjà bien connues des anciens, et décrites particulièrement par Celse sous le nom de chancres phagédéniques du membre viril. » (T. I, p. 361.) Et plus loin il ajoute : « Il est bien facile de se convaincre qu'il existe de nos jours, comme du temps des Grecs et des Romains, des ulcères des parties génitales des deux sexes, qui *quoique provenant de la copulation et se communiquant par le contact, ne sont point de nature syphilitique* et proviennent d'une acrimonie et d'un miasme d'une nature très-différente. » (P. 366.) « .... Si l'on veut appeler ces ulcères *vénériens*, parce qu'ils sont la suite d'un coït impur, il faut convenir alors que ce mot doit avoir une autre acception que celle qu'on lui donne ordinairement en médecine, et que ces ulcères sont réellement bien distincts de ceux qui dépendent du virus syphilitique. » (P. 368.) (2).

En 1804, *John Abernethy* (3), un des premiers, en Angleterre, appela l'attention des médecins sur les affections des organes génitaux que l'on confond avec la syphilis, et qui sont dues à une autre cause, c'est-à-dire à un autre *contagium;* affections qu'il désigna sous le nom de *maladies pseudo-syphilitiques*, et parmi lesquelles il signala surtout les *ulcérations contagieuses des organes génitaux* qui ne sont pas suivies de symptômes constitutionnels. L'absence d'induration de la base des ulcérations, et surtout leur tendance à l'ulcération, sont les caractères principaux qu'Abernethy assigne aux *faux chancres :* ainsi, il dit n'avoir jamais vu un chancre phagédénique être suivi d'infection constitutionnelle : « I have never seen that phagedænic ulcer, which suddenly sloughs, affect the constitution. » (*Ouvr. cité.*, p. 66, 3ᵉ édit., 1814.)

En Allemagne, en 1809, *Jos. Louvrier* s'efforça de démontrer qu'il y a deux espèces de chancres contagieux des organes génitaux : les uns qui ne constituent qu'une affection locale, non syphilitique, et doivent être traités sans mercure ; les autres qui sont syphilitiques et cèdent à l'usage du mercure (4).

(1) *Practical Observations*, etc. Edinburgh, 1784. Trad. par Gibelin. Paris, 1785.

(2) Nous rappelons que ces passages sont extraits de la *septième* édition de Swediaur, publiée en 1817, et conséquemment postérieure aux travaux de l'école anglaise (Abernethy, Carmichael, etc.) sur ce point important de syphiliologie.

(3) *Surgical Observations on diseases resembling syphilis.* Londres, 1804.

(4) *Nosogr. thérap. Darstellung syphilitischer Krankheitsformen*, etc. — Vienne, 1809. Girtanner, dans son remarquable traité de la syphilis (*a*), publié dix ans avant celui de

(*a*) *Abhandlung über die venerischen Krankheit*, etc. — Göttingen, T. I et II, 1789. T. III, 1797.

Mais, il faut le reconnaître, la distinction théorique la plus formelle qui ait été établie entre le chancre simple et le chancre infectant, nous vient de Carmichael (1814). L'éminent syphiliographe, après avoir rappelé, dans le premier chapitre de son livre, que les anciens médecins (*Hippocrate*, *Celse*, *Galien*, *Paul d'Égine*, *Avicenne*), et ceux du moyen âge (*Guillaume de Salicet*, *Lanfranc*, *Gordon*, *Guy de Chauliac*, *Valescus de Tarente*, *Pierre de Argelata*), avaient connu et décrit les ulcères contagieux des organes génitaux, dit que ces ulcérations n'étaient pas de nature syphilitique, car il lui paraît démontré que la syphilis est une maladie moderne : mais il arriva que ces ulcérations génitales, non syphilitiques, furent confondues avec celles produites sur les organes de la génération par la maladie nouvelle; confusion qui existe encore aujourd'hui. Sans doute, dit Carmichael, les ulcères contagieux génitaux connus des anciens médecins, ont plus d'un trait de ressemblance avec les chancres syphilitiques, mais ils en diffèrent par leur cause qui est essentiellement différente. — Pour faire cesser cette confusion, il proposa de désigner sous le nom d'*affections vénériennes*, les affections contagieuses des organes génitaux n'ayant pas pour cause le virus syphilitique (celles qu'Abernethy appelait *pseudo-syphilitiques*), et de réserver la dénomination de *syphilitiques* aux affections diverses produites par le virus introduit pour la première fois en Europe vers la fin du XVe siècle.

Ainsi, suivant Carmichael, il existe des ulcères *vénériens* des organes génitaux, et des ulcères *syphilitiques* de ces mêmes organes.

Carmichael poussa plus loin les distinctions. Suivant lui, il y a *quatre espèces d'ulcères vénériens* répondant, très-vraisemblablement, à des causes ou à des virus différents : il reconnaît, un ulcère *superficiel sans induration et à bords élevés ;* un ulcère semblable, mais *sans bords élevés*; un ulcère *phagédénique*; et enfin un ulcère *gangréneux* (sloughing ulcer).

Ces divisions, établies par R. Carmichael dans les ulcérations qu'il appelle *vénériennes*, correspondent assez exactement à nos divisions actuelles du chancre non infectant. Mais le syphiliographe irlandais commit une singulière erreur en disant que ces *chancres vénériens* déterminent parfois des accidents généraux qu'il appelle *accidents vénériens secondaires* (affections de la peau, des membranes muqueuses, des os, de l'iris, etc.), affections dans lesquelles il est facile de reconnaître la syphilis constitutionnelle.

Parmi les nombreuses observations rapportées par Carmichael, afin d'établir que les ulcères *vénériens* des organes génitaux (ceux qu'il considérait comme étant étrangers à la syphilis), sont parfois suivis d'affections constitutionnelles, nous mentionnerons surtout les trois suivantes : *Obs.* 23; — *Obs.* 59; — *Obs.* 62. En lisant ces observations, il est facile de reconnaître que l'auteur confond le chancre infectant de forme ulcéreuse ou peu induré, avec l'ulcération que nous appelons aujourd'hui chancroïde, chancre non infectant, etc. Et en effet, Carmichael dit que, parmi les ulcères des organes génitaux consécutifs aux relations sexuelles, il ne considère comme étant véritablement syphilitique que le chancre induré huntérien, chancre, suivant lui, toujours suivi d'affections cutanées de forme exanthématique (roséoles, affections papulo-squameuses). Quant aux chancres manquant d'induration, devenant phagédéniques ou gangréneux, qu'ils fussent suivis ou non, de pustules à la peau, d'angine, d'iritis, etc., il les regardait comme étant *vénériens*, c'est-à-dire contagieux, mais étrangers à la syphilis. Et ainsi, suivant Carmichael, les ulcères

Louvrier, parle longuement des chancres qui sont syphilitiques, et de ceux qui ne le sont pas ; il insiste sur leur diagnostic différentiel, et sur les traitements différents auxquels ils doivent être soumis.

vénériens, de même que le chancre infectant, peuvent donner lieu à des symptômes généraux ou constitutionnels, ce qui a fait dire, mais à tort, qu'il admettait plusieurs virus *syphilitiques*.

Après Carmichael, plusieurs syphiliographes anglais parlèrent incidemment, et à propos du traitement des maladies vénériennes sans mercure, de la dualité du chancroïde et du chancre infectant. Nous signalerons surtout les travaux de H. Burder (1), Thomas Rose (2), Jac. Barthe (3), Hennen (4), J. Evans (5), Sam. Hill (6), à ceux de nos confrères qui voudraient approfondir le côté historique de cette question.

En 1834, un jeune médecin allemand, cité par Rosenbaum (7), M. Math. Jaudt, prit pour sujet de sa dissertation inaugurale la distinction étiologique qui nous occupe : il admit, avec les syphiliographes anglais, qu'il y a des ulcérations génitales contagieuses, étrangères à la syphilis, et que connaissaient les anciens médecins, et des ulcérations génitales syphilitiques, relativement modernes ; que ces ulcérations se rencontrent encore maintenant, et « en trouve la différence dans le traitement par le mercure, » traitement inutile pour les premières, et utile pour les secondes (8).

L'année suivante, en 1835, un élève de la Faculté de Strasbourg, M. Frédéric Albert Heisch, dans une remarquable dissertation inaugurale, rappelait que les médecins de l'antiquité, et surtout ceux du moyen âge, avaient connu et décrit les ulcérations *contagieuses* des organes génitaux, ulcérations que les premiers témoins de l'apparition de la syphilis en Europe ne confondirent pas avec celles produites par cette maladie, mais que cette confusion eut lieu un peu plus tard. « L'épidémie pustuleuse qui ravagea l'Europe à la fin du XVe siècle, dit M. Heisch, fut confondue et amalgamée avec les maladies contagieuses des parties génitales : les auteurs contemporains, qui nous ont transmis des descriptions de cette épidémie, disent que des pustules, couvrant tout le corps, se remarquaient aux parties génitales ; *mais ils ne les confondent pas avec les chancres et les ulcères connus de tous temps* ; ce ne fut guère qu'après les premiers ravages de l'épidémie que les médecins y rattachèrent les affections locales des parties sexuelles, telles que les chancres, les bubons et les blennorrhagies. » (*Thèse citée*, p. 2.)

En 1851, un élève distingué de l'école de Paris, M. Victor Prieur, dans sa thèse inaugurale (9), posa la question de la dualité des virus dans les termes où elle est discutée aujourd'hui : « *Y a-t-il*, dit M. Prieur (p. 18), *pour le chancre non induré,*
« *un virus différent de celui qui produit le chancre induré et la vérole constitution-*
« *nelle ?* » Après avoir fait remarquer qu'il résulte des observations de M. Ricord que, « le pus du chancre non induré n'a produit que des chancres sans induration,
« sans vérole constitutionnelle ; que le chancre induré, d'autre part, a toujours recon-
« nu pour cause le pus d'un chancre induré » (p. 19) ; que la fréquence du chancre

(1) *Dissert. de morbis syphiloideis seu pseudo-syphiliticis.* Édimbourg, 1815.
(2) *Observ. on the treatment of syphilis.* (*Méd. chir. Transactions*, 1817, vol. VIII, p. 349).
(3) *Dissert. de syphilidis tractatione sine hydrargyro.* Édinb., 1818.
(4) *Observ. on the cure of syphil.* (*Edinb. med. and surg. Journal*, 1818, t. XIV, p. 201).
(5) *Pathol. and pract. remarks on ulcerations of the genital organs*, etc. Londres, 1819.
(6) *On the simple treatment of syphilis* (*Edinb. med. and surg. Journal*, 1822, t. XVIII).
(7) *Ouvr. cité*, trad. de Jos. Santlus, p. 26.
(8) *De lue veterum et recentium* (dissert. inaug.), Monachii (Munich), 1834, 23 pages in-8.
(9) *Quelques questions sur la syphilis*, 1851, n° 244.

non induré est difficile à comprendre dans « la théorie de l'unité » l'auteur conclut qu' « *il doit y avoir deux virus* » (p, 20), et il ajoute que l'inoculation de M. Robert de Welz lui paraît être un exemple du premier virus (celui du chancre non infectant); celle de M. Boudeville un exemple du second (1).

L'année suivante, en 1852, la question de la dualité du chancre simple et du chancre infectant, si nettement posée, mais non résolue, dans la thèse que nous venons de citer, était reprise par M. Léon Bassereau, et traitée avec une grande supériorité de vues et de talent, dans son beau livre *Des affections de la peau symptomatiques de la syphilis.* Ainsi que l'avaient fait Hensler, Louvrier, Swediaur, Carmichael, etc., M. Bassereau considère l'ulcération génitale contagieuse, appelée aujourd'hui chancre simple, chancre non infectant, etc., comme étant déterminée par un contagium différent de celui qui produit la syphilis constitutionnelle, et comme pour mieux marquer la différence étiologique qu'il y a entre le chancre local et le chancre infectant, notre savant confrère considère le premier comme ayant existé de tout temps, tandis que le second est d'origine moderne, ainsi que la syphilis elle-même.

La distinction étiologique admise par M. Bassereau entre le chancre simple et le chancre infectant ne constitue pas, nous venons de le voir, une opinion nouvelle dans la science : ce qui est véritablement nouveau dans le travail de notre savant confrère, c'est la méthode, ou, si l'on veut, le procédé scientifique qn'il a suivi dans la démonstration de la dualité du virus chancreux. — Hensler, Louvrier, Swediaur, etc., s'étaient contentés de recherches historiques pour établir la non-identité des ulcérations génitales contagieuses, et Carmichael s'était manifestement égaré dans le labyrinthe des faits cliniques relatifs aux deux chancres : M. Bassereau, sans dédaigner les recherches bibliographiques, a surtout basé sa démonstration sur la *confrontation des malades* atteints de chancre. Si le chancre infectant et le chancre simple sont deux ulcérations différentes ou distinctes, a pensé M. Bassereau, l'une ne doit pas engendrer l'autre ; en d'autres termes, un malade atteint d'un chancre infectant n'a pas dû le recevoir d'un malade portant un chancre simple ; de même, un malade qui a un chancre simple, ne peut le tenir d'un malade atteint d'un chancre infectant.

Or, M. Bassereau, après s'être livré, pendant plusieurs années, à de nombreuses confrontations, dit avoir trouvé que le chancre infectant d'un malade provenait toujours de la contagion d'un chancre infectant, et que le chancre simple provenait toujours d'une ulcération de même nature : d'où il a conclu que ces ulcérations constituent des affections différentes, aussi distinctes l'une de l'autre que le sont la teigne et la gale, par exemple. — « Si l'on confronte tous les sujets qui ont été atteints de « chancres suivis d'accidents constitutionnels, avec les sujets qui leur ont communiqué la contagion, ou avec ceux auxquels ils l'ont transmise, dit M. Bassereau, « on trouve que tous ces sujets, *sans exception*, ont été atteints de chancres et ensuite d'accidents constitutionnels. Jamais, chez eux, le chancre ne s'est borné à « une action purement locale.

« D'autre part, si l'on confronte les sujets atteints de chancres qui n'ont déterminé « aucun symptôme de syphilis générale avec les sujets qui les ont infectés, ou

(1) M. Robert de Welz s'était inoculé le pus d'un chancroïde. Quant à l'inoculation de M. Boudeville, elle appartient, nous le verrons, à l'histoire de la contagion secondaire; ce qui ne lui ôte rien de sa valeur, en tant que se rapportant au virus qui produit le chancre infectant et la syphilis constitutionnelle, virus que M. Prieur considère ici comme étant différent de celui qui produit le chancre simple.

« avec ceux qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, *sans exception*, être également at-
« teints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé. »
(*Ouvr. cit.*, p. 197.)

A l'appui de son opinion sur la provenance différente des deux chancres, M. Bassereau a rapporté en détail quelques faits particuliers de confrontation, choisis parmi les plus concluants de ceux qu'il avait observés, et dont le nombre s'élève à soixante et treize (1). Nous ferons, dès à présent, remarquer que ces faits de confrontation sont *tous* relatifs au chancre infectant : il semble que M. Bassereau ait jugé inutile ou hors de propos de citer des faits de transmission du chancroïde. Et cependant nous allons voir que la principale objection contre la théorie dualiste a toujours été celle-ci : *il est des cas dans lesquels le chancre simple est suivi de la syphilis constitutionnelle.*

La plupart des syphiliographes de l'école lyonnaise, MM. Diday, Rodet, J. Rollet, A. Dron, etc., se sont rangés parmi les partisans de la doctrine dualiste, conduits en cela par leurs propres observations et en suivant la marche indiquée par M. Bassereau, c'est-à-dire en confrontant les malades atteints de chancres : aussi chacun d'eux a-t-il apporté de nouveaux faits cliniques à l'appui de la doctrine étiologique qui considère le chancre non infectant comme étant une affection *sui generis*, étrangère à la syphilis.

Telle est la filiation ou l'historique de la doctrine dualiste.

Les arguments et les faits avancés par les partisans de cette doctrine étiologiques peuvent être rangés sous les trois chefs suivants :

1° Preuves historiques ;

2° Preuves cliniques ;

3° Preuves tirées de l'inoculation expérimentale.

Nous examinerons successivement ces différents ordres de preuves.

1° ***Preuves historiques.*** — Elles peuvent être résumées dans les propositions suivantes : la syphilis n'a paru en Europe qu'à la fin du xve siècle ; les médecins antérieurs à cette époque n'ont donc ni connu ni décrit cette maladie. Il n'en est pas de même de l'ulcère génital contagieux, du chancre simple, etc. ; cette affection a été connue dans tous les temps, et sa description ne manque dans aucun des traités généraux de pathologie, écrits dans les temps anciens et au moyen âge.

Il est facile de comprendre l'importance que les partisans de la doctrine dualiste attachent à ces propositions.

En effet, leur démonstration suffirait pour établir que le chancre simple est une affection tout à fait étrangère à la syphilis, puisqu'elle aurait été décrite par les médecins à des époques où la vérole n'existait pas dans les pays qu'ils habitaient.

(1) Ces 73 cas sont ainsi répartis : *trente et une* confrontations chez des malades atteints de roséole ; 25 chez des malades atteints de syphilide papuleuse et de papules muqueuses, et enfin 17 chez ceux ayant eu des syphilides de forme pustuleuse.

Pour renverser cet ensemble de preuves historiques de la dualité du virus chancreux, il faudrait, — ou démontrer que la syphilis n'est pas d'origine moderne ; — ou prouver que les médecins de l'antiquité et ceux du moyen âge n'ont pas connu l'ulcération contagieuse que nous appelons chancre non infectant, chancre mou, chancroïde.

La question de l'origine ancienne ou moderne de la syphilis sera discutée par nous dans une section particulière de ce traité. — Après avoir fait valoir, de notre mieux, les *faits* bibliographiques, et les raisons sur lesquelles se fondent les partisans de l'origine moderne de la vérole, nous conclurons que leur opinion nous paraît être la plus vraisemblable.

Nous pensons donc, avec la majorité des syphiliographes, que la syphilis (*lues venerea*), est une maladie d'origine moderne, et qu'elle s'est manifestée pour la première fois en Europe, à la fin du xve siècle. Mais, contrairement à l'opinion des médecins dualistes, nous soutenons que le chancre simple *n'a été ni mentionné, ni décrit par les médecins de l'antiquité, ni par ceux du moyen âge.* — D'où nous concluons que cette affection est d'origine moderne (1).

En exposant quels sont les documents sur lesquels nous nous fondons pour soutenir que *les médecins de l'antiquité, et ceux du moyen âge n'ont pas connu le chancroïde*, nous réfuterons donc les arguments historiques avancés par les syphiliographes dualistes à l'appui de leur opinion sur l'origine antique du chancre simple.

La marche suivie par les partisans de la doctrine dualiste (Hensler, Swediaur, Carmichael, Bassereau, Rollet, Chabalier, etc.), pour établir que le chancre local a été connu et décrit longtemps avant l'apparition de la syphilis en Europe, a toujours consisté : 1° à citer *in extenso* la plupart des textes relatifs aux ulcérations des organes génitaux, épars dans les traités des médecins anciens (Hippocrate, Celse, Galien, etc.) et dans ceux des médecins du moyen âge (Guillaume de Salicet, Lanfranc, Guy de Chauliac, etc.), afin de démontrer que ces ulcérations étaient connues avant la fin du xve siècle ; — 2° à soutenir que, parmi les ulcérations des organes génitaux, décrites par ces différents auteurs, il est facile de reconnaître le chancre simple.

Sur le premier point, toute controverse est inutile : il est incontestable que les médecins de l'antiquité et ceux du moyen âge ont parlé des ulcérations des organes génitaux. Disons plus : il n'est pas possible de supposer *à priori* que des médecins qui ont écrit longuement sur la pathologie humaine auraient omis de décrire ou de mentionner les ulcérations génitales, par la raison bien simple que le cancer, l'esthiomène, l'herpès, les ulcérations et les excoriations non spécifiques, les affections gangréneuses, etc., des organes génitaux, sont des lésions peut-être aussi anciennes que l'homme lui-même, et certainement aussi vieilles que les affections de même nature siégeant sur d'autres organes, et dont ces médecins nous ont donné des descriptions.

(1) Un peu plus loin, nous ajouterons que le chancroïde est postérieur au chancre infectant, c'est-à-dire, à la syphilis.

Quant au second point, celui qui consiste à soutenir que l'on trouve mentionnée et décrite l'ulcération génitale *contagieuse* appelée chancre simple, dans les ouvrages des médecins de l'antiquité et du moyen âge, nous disons que les preuves de cette assertion fournies jusqu'à présent par les dualistes, sont complétement insuffisantes : nous allons nous efforcer de le démontrer.

Il est presque inutile de faire remarquer que les partisans de l'origine antique du chancroïde, ont choisi et cité, parmi les médecins anciens et les médecins du moyen âge, ceux dont les textes sur les ulcérations des organes génitaux sont le plus favorables à leur opinion. Or ils déclarent que, relativement aux médecins de l'antiquité, Celse, « est celui qui renferme les documents les plus précis sur les ulcères des « organes génitaux... » (Bassereau, *ouvr. cit.*, p. 218), « et que cet auteur décrit « d'une manière aussi complète que possible le chancre simple, serpigineux, gan- « gréneux et phagédénique (1). »

Donc, si nous prouvons que Celse n'a ni décrit ni mentionné le chancroïde, cette démonstration suffira, ce nous semble, pour établir, contrairement à l'opinion des dualistes, que les médecins de l'antiquité n'ont pas connu cette affection.

Il est très-vrai que Celse a longuement parlé des ulcérations des organes génitaux. Mais il nous importe moins de constater que « Celse renferme les documents les plus « précis sur les ulcères des organes génitaux, » que de savoir si l'on trouve dans son livre un seul passage ayant trait au chancroïde. — Sur ce point, nous en appellerons à tout lecteur impartial et non prévenu qui voudra s'éclairer. Qu'il lise la XVIIIe section du livre VI, consacrée tout entière aux maladies des parties obscènes (*ea quæ ad partes obscenas pertinent*), et qu'il juge si les descriptions des ulcérations génitales, données par Celse, ne se rapportent pas plutôt au cancer, au lupus, aux affections gangréneuses des organes génitaux, qu'au chancre simple. Ajoutons que Celse ne dit rien de la *contagiosité* des affections du pénis, ni des bubons inguinaux, si fréquemment symptomatiques du chrancroïde.

Voici d'ailleurs le passage dans lequel les dualistes veulent reconnaître le chancroïde : « Ces ulcères pénètrent quelquefois jusqu'aux nerfs; il en sort beaucoup d'humeur séreuse et une sanie claire et de *mauvaise odeur*, qui n'est point liée et qui ressemble à de la lavure de chair ; on y ressent de la douleur et des *picotements*... Quelquefois la verge est tellement rongée, sous le prépuce, par ces ulcères, que le gland tombe; alors *le prépuce lui-même doit être retranché.* » (*Celse*, *L.* VI, *sect.* XVIII, 2. *Trad. de MM. Fouquier et F.-S. Ratier.* Paris, 1824, p. 375.)

Nous le demandons, *la mauvaise odeur* de la suppuration fournie par l'ulcération génitale dont parle Celse, — *les picotements* (*punctiones habet*) dont elle est le siége, ne sont-ce pas là des caractéres qui appartiennent aux affections cancéreuses et gangréneuses? Quels sont les médecins qui, en décrivant le chancroïde, diraient que sa sécrétion est une humeur séreuse, ressemblant à de la lavure de chair, et ayant une mauvaise odeur (*malique odoris*)? Aucun de ceux assurément qui trouvent dans ce passage une preuve décisive que Celse connaissait le chancre mou. — Faisons remarquer, en outre, que le conseil donné par Celse de retrancher le prépuce resté intact pendant que l'ulcère ronge et détruit le gland, suffirait pour établir qu'il ne s'agit nullement du chancroïde dans ce passage de l'auteur latin, car il n'est pas un seul médecin qui, connaissant le chancroïde, et sa propriété de contagion, donnerait un pareil conseil.

Nous n'omettrons pas de dire que Celse, dans cette même section (la XVIIIe du

(1) Chabalier, *Preuves historiques de la pluralité des affections dites vénériennes,* thèse. Paris, 1860, p. 23.

livre VI), entre dans de grands détails sur les affections de l'anus : « Anus quoque *multa* tædiique plena mala recipit. » Il parle *longuement* des fissures, du condylome « ou tubercule qui vient à la suite de quelque inflammation, » des hémorrhoïdes, de la chute du fondement, et enfin d'un ulcère qui ressemble à un champignon : « fungo quoque simile ulcus in eadem sede nasci solet. » Mais il ne dit rien absolument que l'on puisse rapporter au chancroïde anal.

En résumé, Celse ne dit rien de la *contagiosité* des ulcérations génitales et anales; il se tait absolument sur les bubons symptomatiques du chancroïde; enfin, les descriptions qu'il donne des ulcérations des parties honteuses, et les conseils thérapeutiques dont il les fait suivre, sont parfaitement applicables au cancer, à l'esthiomène, aux affections herpétiques et gangréneuses des organes génitaux.

Ce silence sur le chancroïde, de la part de l'auteur qui, dans l'antiquité, a écrit le plus longuement sur les ulcérations du pénis, peut donner lieu aux deux interprétations suivantes : 1° Celse, et les médecins qui l'ont précédé, ont négligé de décrire le chancroïde, qu'ils connaissaient; — 2° ces mêmes médecins ont méconnu le chancre mou.

Discutons sommairement ces deux hypothèses. — Si le chancroïde était une affection rare ou bénigne, nous comprendrions que Celse et les médecins de l'antiquité aient négligé de la décrire. Mais, la fréquence du chancroïde, sa longue durée, sa gravité dans quelque cas, et les adénites phlegmoneuses qui le compliquent si fréquemment, ne permettent pas de classer cette affection parmi les lésions dont la mention puisse être omise dans un traité de pathologie. Il n'est donc guère possible de supposer que Celse aurait négligé de parler du chancroïde dans un chapitre où il s'étend longuement sur les affections du pénis et de l'anus, s'il avait connu cette ulcération.

Quant à la seconde hypothèse, elle nous paraît encore plus loin de la vérité. En effet, si le chancroïde a existé dans les temps anciens, il a dû être aussi commun qu'il l'est aujourd'hui, car les conditions de la propagation et de la multiplication de cette affection n'ont pas changé : or, la fréquence d'une maladie est une circonstance éminemment favorable à la constatation de cette maladie. Il ne nous paraît donc pas possible de supposer, que le chancroïde a pu exister pendant *cinq ou six siècles*, sans avoir été observé par les médecins.

Ainsi, le raisonnement, et les données bibliographiques nous font conclure que Celse n'a rien dit du chancroïde, et ce silence nous autorise à penser que cette affection, si commune aujourd'hui, n'existait pas dans les temps anciens.

Examinons maintenant s'il est vrai que le chancroïde a été observé et décrit par les médecins du moyen âge.

M. Bassereau reconnaît que « ces médecins n'ont décrit ni plus fidèlement ni plus « clairement que Celse, les ulcères de la verge, et que, s'ils ont sur le médecin latin « un avantage, c'est d'avoir mieux indiqué *les causes* de ces affections. » (*Ouvr. cité*, p. 220.) — Quelques-uns des médecins du moyen âge ont indiqué, en effet, parmi les causes occasionnelles des affections de la verge, le coït exercé avec une femme impure, *cum fœda muliere*. — Ils ont dit, en outre, que chez les malades atteints d'affections du pénis, il survenait parfois des *bubons* dans l'aine.

Les syphiliographes dualistes se fondent uniquement sur ces deux *faits* bibliographiques pour soutenir que les médecins du moyen âge connaissaient le chancroïde : faits et conclusion dont nous allons discuter la valeur.

Après Celse, de nombreux et savants médecins ont longuement parlé des affections des organes génitaux, chez l'homme et chez la femme : les ouvrages d'Arétée, de Rufus d'Éphèse, de Galien, d'Oribase, de Sextus l'Empirique, d'Aétius, d'Alexandre de Tralles, de Rhazès, d'Avicenne, de Gariopontus, d'Averrhoës, etc., abondent en documents relatifs à la pathologie génitale, et sont pleins de détails sur le traitement des affections du pénis. Or, *il n'est pas un seul de ces auteurs qui parle de la transmission ou de la contagion de ces affections.* — Il faut arriver jusqu'à Guillaume de Salicet, c'est-à-dire jusqu'à la fin du XIIIe siècle, pour trouver dans les livres des médecins la première phrase relative aux lésions du pénis, survenant après un coït impur. — Ainsi, pendant les *treize cents ans* qui séparent Celse de Guillaume de Salicet, tous les médecins, sans exception, qui ont écrit sur la pathologie, se sont tus relativement à la transmission de certaines affections des organes génitaux. Est-il possible d'admettre que si le chancroïde, par exemple, eût existé pendant cette longue période de temps (*treize cents ans*), des médecins qui connaissaient la lèpre, la variole, la rougeole, la gale, etc., auraient *tous* omis de décrire ou de parler de cette ulcération contagieuse ? — Mais revenons à Guillaume de Salicet, et démontrons que les textes de cet auteur, cités par les dualistss, ne prouvent nullement qu'il a connu le chancroïde.

Un des chapitres de sa *Chirurgie* (1) a pour titre : « *Des pustules blanches ou* « *rouges, des vésicules miliaires, des crevasses et des corruptions ou choses sem-* « *blables*, qui se forment sur la verge et à l'entour du prépuce, à la suite d'un coït « avec une femme sale, avec une courtisane, *ou par quelque autre cause* (2). » — Si l'on se contente d'un examen superficiel de cette phrase, il peut sembler que l'auteur qui l'a écrite, connaissait certaines affections *contagieuses* du pénis; mais, pour peu que l'on arrête son attention sur la valeur des mots qui la composent, on voit qu'il ne s'agit nullement d'*ulcérations* génitales, et encore moins d'ulcérations se transmettant par contagion, puisqu'il n'est question que d'affections pustuleuses et herpétiques, d'excoriations ou « choses semblables » de la muqueuse glando-préputiale, *survenant après un coït impur.* — Il est si vrai que Guillaume de Salicet n'indique ici le coït que comme étant une des circonstances ou une des causes occasionnelles des pustules, des vésicules, des crevasses de la verge, qu'il ajoute, que *toute autre cause* peut produire les affections qu'il énumère, et dont il va entretenir le lecteur.

Si Guillaume de Salicet avait connu le chancroïde, aurait-il omis de mentionner cette ulcération parmi les affections du pénis consécutives au coït exercé avec une femme impure ou malade, et cela, dans un chapitre où il parle de lésions de la verge infiniment moins graves que le chancroïde, telles que les pustules, les vésicules, les crevasses, etc.? Nous ne le pensons pas, et cette omission nous confirme dans la croyance où nous sommes, qu'il ne s'agit nullement du chancre mou, dans le passage que nous venons de citer, mais bien des affections eczémateuses ou herpétiques, des excoriations simples, et des inflammations de la muqueuse glando-préputiale, qui ne sont pas rares, on le sait, après un coït exercé avec une femme malpropre ou atteinte de certaines affections non spécifiques de la vulve, du vagin et de l'utérus.

Le passage dans lequel Guillaume de Salicet mentionne le bubon de l'aine, peut-il

(1) *Cyrurgia,* Plaisance, 1476, in-fol. — Trad. en français par Nicolas Prevôt. Lyon, 1492. in-4°. Liv. I, chap. XLVIII.

(2) Les dualistes suppriment ce dernier membre de phrase, lorsqu'ils citent ce passage.

autoriser les dualistes à dire qu'il s'agit dans ce passage de l'adénite symptomatique du chancroïde du pénis? Nullement, et nous allons le prouver.

Et d'abord, ce n'est pas dans le chapitre XLVIII, consacré aux affections génitales, que Guillaume parle du bubon de l'aine, mais dans le chapitre XLII, celui des *abcès*, « *De apostematibus.* » — Or, à propos des apostèmes de la région inguinale, que l'auteur appelle « *bubons ou dragonneaux*, » il dit que ces *apostèmes* sont symptomatiques de différentes lésions du pénis, que ces lésions soient d'ailleurs consécutives à un coït impur, ou qu'elles soient produites par toute autre cause. Voici la phrase de l'auteur : « Lorsqu'il s'engendre de la *corruption* (*corruptio*) à la verge « d'un homme, parce qu'il a eu un commerce charnel avec une femme impure (*fœda*), « *ou par une autre cause* (*aut ob aliam causam*), alors la *corruption* augmente et « est retenue dans la verge, d'où la nature ne peut l'expulser (*mundificare*), premiè- « rement à cause des replis multipliés de cette partie, et ensuite parce que le passage « en est trop étroit (*strictam viam*); d'où il résulte que la matière (*materia*) reflue « dans les aines, etc. »

Ainsi, dans ce passage, il est de toute évidence que Guillaume de Salicet n'attache pas plus d'importance, au point de vue de l'étiologie du bubon inguinal, aux lésions du pénis consécutives à un coït impur, qu'aux lésions de cet organe produites par toute autre cause (*aut ob aliam causam*). Or, si l'on veut réfléchir à la fréquence du chancroïde du pénis, et à la fréquence du bubon inguinal symptomatique de cette ulcération, on pensera, nous le croyons, que Guillaume de Salicet, en parlant en des termes aussi peu précis, des apostèmes aigus ou chroniques de l'aine (*calida et frigida*), désigne, non point le bubon symptomatique du chancroïde du pénis, mais bien les adénopathies symptomatiques des affections *simples* dont il fait l'énumération dans le chapitre consacré aux affections des organes génitaux.

Bernard de Gordon, contemporain de Guillaume de Salicet, a répété ce qu'avait enseigné le chirurgien de Plaisance sur les affections du pénis, consécutives à des rapprochements avec une femme impure.

Lanfranc de Milan (1295), disciple de Guillaume, a fait mieux, il a copié, suivant la remarque de Freind (1), ce qu'avait écrit son maître sur les affections des organes génitaux, et sur les bubons de l'aine. Nous n'avons donc rien à ajouter aux remarques et aux réflexions que nous venons de faire sur Guillaume de Salicet.

Mais il est un livre sur lequel nous appelons toute l'attention du lecteur, parce qu'il contient, suivant nous, les preuves les plus convaincantes de la non-existence du chancroïde, à l'époque où il a été composé (1363) : nous voulons parler de la *Grande Chirurgie* de Guy de Chauliac (2).

En parcourant ce livre justement celèbre, on est véritablement étonné du nombre considérable de chapitres ou de paragraphes consacrés à des affections bénignes, telles que les taches de la peau, les éphélides, les poireaux, les verrues, les démangeaisons, les cors, la maladie *pédiculaire*, la calvitie, les maladies des dents, des ongles, etc. — Or, dans ce livre de pathologie externe si complet, on ne trouve aucune description, aucune mention de l'ulcération contagieuse appelée aujourd'hui chancre mou, chancroïde; assertion dont nous allons brièvement donner les preuves.

(1) *Histoire de la médecine*, trad. de Et. Coulet, 1727, 3ᵉ partie, p. 73.

(2) Ce traité, sorte de compendium d'anatomie et de chirurgie, a été pendant près de trois cents ans, on le sait, le livre classique des chirurgiens. L'auteur l'avait intitulé : *Inventorium, sive collectorium artis chirurgicalis et medicinæ.*

Le traité IV de la *Chirurgie* de Guy de Chauliac est relatif aux *ulcères;* il est divisé en deux parties ou *doctrines.* — Dans la première, l'auteur parle des ulcères, abstraction faite de leur siége; dans la seconde, il les étudie dans les différentes régions du corps où ils siégent.

Nous venons de relire ce traité IV avec la plus grande attention : nous affirmons que l'on n'y trouve aucun passage relatif aux ulcères *contagieux* du pénis, ou au chancroïde. — Ainsi, dans le premier chapitre de la doctrine première, consacré aux généralités (*De ulceribus in universali*) (1), Guy de Chauliac distingue les ulcéres en plusieurs espèces (*species*), et il prend pour base de sa classification les causes et les symptômes des ulcérations. Or, dans ce paragraphe, et dans celui relatif à l'étiologie des ulcères (*causæ*), il ne parle ni de contagion, ni de rapprochements sexuels ; ce qui a fait dire à l'un de ses traducteurs, Mingelousaulx : *L'ulcère vérolique ou vénérien a été inconnu à notre autheur et à tous ceux qui l'ont précédé* (2). »

Dans la doctrine deuxième, Guy de Chauliac, en parlant des *ulcères des organes génitaux* (chap. VII), rappelle, en quelques lignes, que ces organes sont le siége d'ulcères de la même nature que ceux des autres régions du corps; ulcères dont il a donné la description dans le chapitre des généralités. Puis il ajoute : « Les *causes* « de ces ulcères sont les humeurs corrompues, les apostèmes et les blessures mal « soignées, les frottements et les attouchements désordonnés (*fricationes*, *et tactus* » *inordinati*). » — Quant à leurs signes diagnostiques (*signa*), il juge inutile d'en parler, ces ulcères étant, comme il le dit, assez manifestes à la vue et au toucher (*visui et tactui sunt manifesta*).

On le voit, dans l'énumération des *causes* et des *symptômes* des ulcères du pénis, Guy de Chauliac n'écrit pas un seul mot ayant trait à la contagion, ni au coït exercé avec une femme impure ou malade. Or, si ce chirurgien avait connu le chancroïde, c'est-à-dire la plus commune des ulcérations de la verge, une ulcération *toujours* consécutive au coït, difficile à guérir, d'une longue durée, donnant fréquemment lieu à des bubons inguinaux, aurait-il omis de décrire cette affection, ou de la mentionner dans ce paragraphe? Aurait-il passé complétement sous silence les circonstances dans lesquelles se manifeste cette ulcération, c'est-à-dire les relations sexuelles? Ces suppositions ne nous paraissent pas soutenables, surtout lorsque l'on considère que Guy de Chauliac savait et disait que certaines affections du pénis sont parfois consécutives à un coït exercé avec une femme impure, ainsi que le prouve un passage du VII[e] chapitre du traité VI, Doctr. II. En effet, dans ce chapitre (article des *maladies de la verge, De passionibus virgæ*), après avoir parlé de la stérilité, de l'impuissance et du priapisme dans les deux premiers paragraphes, il donne au troisième le titre suivant : « *De calefactione et fœditate in virga propter decubitum cum muliere fœtida*, » paragraphe auquel il ne consacre que les trois lignes qui suivent : « Il faut nettoyer la verge premièrement avec l'oxycrat et ensuite avec « l'onguent blanc camphré, ainsi que l'on traite les pustules ulcérées (*ut pustulæ* « *ulceratæ curantur*). » (*Loc. cit.*, p. 434.)

Il est vrai de dire que les dualistes interprètent ce passage dans un sens favorable à leur opinion : suivant eux, les mots *calefactio* et *fœditas* ne peuvent que désigner le chancre mou, et cela parce que l'auteur, en employant ces mots, les fait suivre de la mention du coït exercé avec une femme malpropre (*fœtida*). Il nous semble que si Guy de Chauliac avait voulu désigner une ulcération, il aurait employé,

(1) DN. Gvidonis de Cavliaco, *in arte medica exercitatissimi Chirvrgia*, etc. Lyon, 1572, p. 220.
(2) Trad. de Maistre Simon Mingelousaulx, etc. Bordeaux, 1672, p. 220.

comme il le fait toujours, le mot *ulcus* ou ses synonymes. Et d'ailleurs n'est-ce pas dans le chapitre consacré aux ulcères des organes génitaux (chap. VII, doct. 2), qu'il aurait parlé du chancroïde du pénis, s'il avait eu à décrire ou à mentionner cette ulcération? — En considérant donc la signification réelle des mots *calefactio* et *fœditas*, et le peu d'importance que l'auteur attache aux affections que ces mots désignent, et enfin la médication qu'il conseille, — nous pensons qu'il ne s'agit point dans cette phrase du chancroïde, mais vraisemblablement de la balano-posthite simple, des excoriations, de l'herpès du prépuce, affections qui ne sont pas rares, on le sait, dans les conditions de coït dont parle Guy de Chauliac (1).

Il est enfin une dernière preuve à l'appui de notre opinion sur la non-existence du chancroïde, à l'époque où écrivait Guy de Chauliac, c'est le silence absolu que garde ce chirurgien, sur le *bubon phlegmoneux* de l'aine, et cela non-seulement dans le chapitre des ulcérations de la verge, mais encore dans celui consacré aux bubons.

En effet, dans le *Traité des apostèmes* (Traité II, chap. V, doct. 2), Guy de Chauliac parle longuement des *bubons aigus*, des trois émonctoires (aisselles, cou, aines); il les distingue en *chauds* et en *froids;* énumère leurs causes; fait remarquer que ces apostèmes « ne se font pas seulement par décharge et par fluxion, mais qu'ils « peuvent quelquefois venir de certaines tumeurs ou *ulcères* survenant aux extré- « mités du corps. » (Mingelousaulx, *ouvr. cit.*, p 416.) Capendant, il ne dit rien des *bubons aigus* ou phlegmoneux de l'aine, si ce n'est à propos de la peste; puis il consacre un paragraphe entier aux *bubons durs* (*apostemata dura*) de la région inguinale. Or, si l'on veut bien se rappeler la fréquence du bubon phlegmoneux de l'aine symptomatique des chancroïdes du pénis, de la vulve et de l'anus, la longue durée et la gravité de cette affection chez quelques malades, — on conclura, ce nous semble, que si Guy de Chauliac n'a parlé des adénites *aiguës* de l'aine, ni à propos des ulcérations des organes génitaux, ni en décrivant les bubons, c'est que la cause la plus fréquente de ces adénites, c'est-à-dire le chancroïde, n'existait réellement pas à cette époque.

En résumé, les textes empruntés aux livres des médecins de l'antiquité, et à ceux du moyen âge, par les syphiliographes dualistes, établissent, suivant nous, précisément le contraire de ce que soutiennent ces pathologistes relativement au chancroïde : ils trouvent dans ces textes les preuves de l'existence du chancroïde dans les temps anciens et au moyen âge, et nous y trouvons, nous, les preuves de la non-existence de cette ulcération, pendant ces mêmes temps. — Le lecteur jugera leurs arguments et les nôtres.

2° *Preuves cliniques.* — Quel que soit le sort réservé à la théorie étiologique qui nous occupe, on peut affirmer qu'elle triomphera, ou qu'elle succombera sur le terrain des faits cliniques. En effet, si les syphiliographes dualistes, se fondant sur de nombreuses observations, démontraient que le chancroïde est toujours produit par la contagion accidentelle ou

(1) Le sens réel des mots *mulier fœda* ou *fœtida,* ne prouve-t-il pas que les médecins du moyen âge, en employant ces mots, n'entendaient nullement parler de femmes *malades?*

artificielle d'un chancroïde, — et que, dans aucun cas, cette ulcération n'est suivie de la syphilis constitutionnelle, —il est de toute évidence que cette démonstration suffirait pour établir sur des bases inébranlables la doctrine de la non-identité du virus du chancre et du chancroïde. — D'un autre côté, si l'observation des malades atteints de chancroïdes nous fournissait les preuves que le chancroïde est suivi parfois d'infection constitutionnelle; — ou bien, que cette ulcération est, parfois aussi, produite par le contagium qui donne naissance au chancre infectant et à la syphilis, — il ne serait pas moins évident que le chancroïde est une affection de nature syphilitique, et conséquemment que sa cause ne diffère pas essentiellement de celle de la syphilis.

Ces considérations font assez pressentir l'importance des faits et des arguments dont l'étude va nous occuper.

Les faits cliniques sur lesquels se fondent les partisans de la doctrine dualiste, consistent dans un ensemble d'observations établissant : 1° que *chez un malade atteint d'un chancroïde, l'affection a toujours pour origine la contagion accidentelle ou artificielle d'un chancroïde;* — 2° que *dans tous les cas, le chancroïde est une affection locale*, c'est-à-dire non suivie de la syphilis constitutionnelle. — Examinons les preuves qu'ils donnent à l'appui de ces assertions.

Les preuves de la filiation du chancroïde peuvent être fournies par la confrontation des malades, et par l'inoculation expérimentale.

M. Bassereau, le premier, avons-nous dit plus haut (p. 251), a véritablement songé à établir sur la confrontation des malades les preuves de la non-identité du chancre et du chancroïde. — Suivant lui, « si l'on « confronte les malades atteints de chancres simples avec les sujets qui « les ont infectés, ou avec ceux qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, *sans « exception*, être également atteints de chancres qui bornent leur action « au point primitivement contaminé. » (*Ouvr. cité*, p. 197.)

En parlant de la confrontation des malades faite au point de vue du diagnostic du chancroïde (voy. p. 214), nous avons dit qu'il résultait de nos observations que le fait de la transmission du chancroïde dans sa forme, c'est-à-dire, en tant que chancre local, non infectant, était pour nous un fait réel et constant, et nous avons fourni un certain nombre d'observations à l'appui de cette assertion.

Nous avons dit, en outre (p. 217 et suiv.), que les confrontations faites par MM. Rodet, Diday, Rollet, Vivien, Dron, Musset, Fournier, Caby et Ricord, confirmaient les recherches de M. Bassereau et les nôtres sur la transmission du chancroïde.

Mais, on le comprend, les recherches sur l'origine ou la provenance du chancre simple, ont provoqué des recherches semblables parmi les parti-

sans de la doctrine unitéiste. — Ils ont reconnu et admis que le fait de la transmission du chancroïde, d'un malade à un autre individu, était un fait général réel, mais non constant, et que les exceptions à ce même fait constituaient un argument d'une grande importance en faveur de la théorie unitéiste qu'ils soutiennent.

Il est incontestable que quelques faits, bien constatés, et exempts de causes d'erreur, établissant que le chancroïde n'a pas toujours pour origine ou pour ascendant un chancroïde, suffiraient pour démontrer que la filiation étiologique que lui assignent les syphiliographes dualistes est erronée. — Nous reviendrons plus loin sur cette objection : poursuivons notre exposé des preuves de la doctrine dualiste.

3° *Preuves fournies par l'inoculation expérimentale.* — La confrontation des malades atteints de chancroïdes ou de chancres infectants, n'est pas le seul argument invoqué par les syphiliographes dualistes à l'appui de leur opinion sur la transmission constante du chancre dans son espèce : ils ont appelé à leur aide les faits fournis par l'inoculation expérimentale. Non qu'ils aient institué une série d'inoculations pour démontrer que le chancroïde donnait toujours et invariablement naissance au chancroïde; mais utilisant les inoculations faites à d'autres points de vue, ils ont fait remarquer que « dans les cas nombreux où le pus d'un chancre simple a été transmis à un individu sain, l'inoculation a toujours et invariablement produit un chancre simple » (Ricord, *Leçons sur le chancre*, p. 64), et que lorsque, dans les expérimentations, le virus inoculé avait été emprunté à des lésions syphilitiques (chancre infectant, accidents secondaires), l'inoculation avait fait naître un chancre infectant et la syphilis constitutionnelle.

Enfin, les inoculations pratiquées sur les animaux ont, à juste titre, été invoquées par quelques syphiliographes comme preuves de la dualité du virus, du chancre et du chancroïde.

En effet, chez les animaux jusqu'à présent, on n'a pu réussir à inoculer que le chancre simple, et, toutes les fois que la réinoculation a été faite de la brute à l'homme, un chancre simple a toujours été le résultat de l'expérimentation. (V. p. 220.)

Ainsi, suivant les syphiliographes dualistes, la confrontation des malades atteints de chancroïdes, et l'inoculation expérimentale de cette ulcération établissent que dans tous les cas, la cause du chancroïde est toujours la même, et qu'elle réside dans le produit de sécrétion du chancroïde lui-même ; d'où ils concluent à l'*essentialité* de cette affection, et à sa séparation radicale de la syphilis.

On comprend facilement qu'avec ces prémisses et ces conclusions, pour

les dualistes, la localisation invariable et constante du chancroïde, n'est plus qu'un corollaire. — En effet, si la cause du chancroïde est différente et distincte de celle qui produit la maladie générale que nous appelons *syphilis constitutionnelle*, il est de toute évidence que le chancroïde ne peut jamais donner naissance à la syphilis. Et d'ailleurs, en bonne logique, les dualistes, en soutenant que le chancroïde est étranger à la syphilis, n'ont pas à démontrer que le chancre simple ne produit pas la syphilis; il incombe véritablement aux syphiliographes qui admettent qu'une cause unique, le virus syphilitique, donne naissance aux deux chancres, de prouver l'origine syphilitique du chancroïde en démontrant, par l'inoculation expérimentale ou à l'aide des faits cliniques, qu'il est des cas de syphilis constitutionnelle dont le chancroïde a été la cause déterminante.

Cette remarque nous conduit à l'examen, et à la critique des faits et des arguments que les syphiliographes unitéistes ont opposé à la doctrine dualiste.

Ces faits peuvent être classés sous les deux chefs suivants : A. — Faits contraires ou opposés à la transmission du chancroïde et du chancre infectant, en tant qu'*espèces* pathologiques distinctes; — B. — Faits établissant que le chancroïde est parfois la cause déterminante de la syphilis constitutionnelle.

A. — En 1855, M. Cullerier, qui avait déjà trouvé des *faits* pour démontrer qu'un nourrison syphilitique ne transmet point la syphilis à sa nourrice, — et d'autres faits pour soutenir qu'un père syphilitique ne procrée que des enfants sains, la syphilis héréditaire étant toujours de provenance maternelle, M. Cullerier, disons-nous, publia en 1855 (*Union méd.*) le premier fait contredisant, suivant lui la loi de transmission du chancroïde, car il s'agissait dans son observation, de chancres infectants, ayant eu pour ascendants des chancroïdes. — « Cette observation étant « restée, et devant rester dans la science comme l'une des meilleures « preuves de l'unicité du virus syphilitique » (*Les unitéistes*), nous ne saurions la passer sous silence : — En la rééditant, une occasion nous est fournie de dire que nous avons depuis longtemps répondu à cette observation (1), et qu'elle a toujours été reproduite par les unitéistes en taisant nos objections.

Obs. — A la fin du mois de juillet 1854, un jeune ouvrier typographe se présenta à notre dispensaire pour y être traité de *sept* chancroïdes du prépuce et du gland.

« Ce malade, garçon intelligent et curieux, nous entendant parler, à propos de ses ulcérations, de la migration du chancre d'un malade à un autre dans sa variété, nous

(1) *Union méd.* 1855, p. 16, et dans un travail ayant pour titre : *Réponse à quelques points du rapport de M. Cullerier*, etc. — Gazette des hôpitaux, octobre, 1855.

avoua que, malgré son état de santé, il avait eu des rapports sexuels avec une jeune fille, et que le résultat de ce rapprochement avait nécessité l'entrée de sa victime à l'hôpital de Lourcine. Nous annonçâmes à nos élèves que, très-probablement, nous trouverions sur cette femmes des chancres de même variété que ceux de notre malade. »

« M Cullerier, dans le service duquel se trouvait cette jeune fille, examina devant nous cette malade. — Elle portait *cinq* chancres disposés en croissant à l'entrée du vagin: chancres non indurés, et déjà notés comme tels, par M. Henry, interne du service. » (*Mém. sur le chancroïde*, p. 14, obs. 13e).

Cette observation ainsi rapportée par nous, et considérée comme un fait de transmission du chancroïde, a été complétée par M. Cullerier, et donnée précisément comme un exemple de chancroïdes ayant déterminé des chancres infectants. — Nous laissons la parole à M. Cullerier :

« La nommée Élise P..., dix-huit ans, couturière, entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis, n° 5, le 3 août 1854. A son entrée on constate, à la partie postérieure de la vulve, *cinq* ulcérations rangées en forme de croissant (1). »

« Elles siégent sur de petites élevures mamelonnées; elles ont un fond grisâtre, sanieux, déprimé en godet, et des bords taillés à pic. — Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement engorgés, indolents; ils forment une pléiade manifeste, *surtout dans les plus internes.* » — (Il n'est rien dit de l'état de l'anus).

« Le 21 août, *aucun traitement spécifique n'ayant été fait*, les chancres existent toujours... La malade se plaint de perdre ses cheveux. »

Le 28, on constate *sur toute l'étendue de la peau du ventre et sur celle de la poitrine* des taches de roséole, etc. » (*Union méd.*, 1855, p. 11, et, *Gazette des hôp.* sept. 1855.)

Les conclusions de M. Cullerier sur cette observation sont les suivantes : Chez cette malade, la syphilis constitutionnelle a été la conséquence des cinq chancres vulvaires qu'elle portait en entrant à l'hôpital ; — ces chancres étaient donc des chancres infectants, — or, ils avaient été communiqués à la malade par un jeune homme atteint de chancroïdes, donc le chancroïde peut donner naissance à un chancre infectant et à la syphilis constitutionnelle. (*Loc. cit.*)

Nos objections aux conclusions de M. Cullerier ne se firent pas attendre. Nous répondîmes (*Union méd.* 1855, p. 16) que pour élever cette observation à la hauteur d'un fait scientifique, suffisant pour renverser une doctrine, celle de la transmission du chancre dans son espèce, il eût fallu : 1° « donner la preuve scientifique de l'origine, c'est-à-dire de la provenance des chancres d'Élise P. ;» — 2° démontrer que chez cette malade, la syphilis constitutionnelle, dont elle a été manifestement atteinte, ne pouvait qu'être attribuée aux chancres vulvaires, et conséquemment, que

(1) Nous appelons l'attention du lecteur sur la description des ulcérations.

ces chancres étaient des chancres infectants. — Et nous ajoutions que cette démonstration ne reposait que sur les assertions de M. Cullerier.

Revenant, plus tard, sur cette observation (*Société de chir. — Gazette des hôp.* sept. 1855) et se rappelant sans doute nos objections, M. Cullerier reconnaissait : « qu'à la rigueur il n'était pas en mesure de prouver que les chancres de sa malade provenaient de ceux de notre client, » et il ajoutait : « Dans cette observation, je crois ne m'être trompé que sur un « seul point, celui de l'apparition des symptômes généraux qui se sont « fait attendre beaucoup moins longtemps que je ne supposais. » (*Loc. cit.* p. 412.)

Cette précocité des symptômes constitutionnels chez la malade de M. Cullerier nous avait frappé : elle nous avait fait dire qu'il nous paraissait très-contestable de rattacher la syphilis, chez cette malade, aux chancres qu'elle portait en entrant à Lourcine.

Douze années se sont écoulées depuis la publication de cette observation, et l'on nous accordera qu'elles n'ont pas été perdues pour notre instruction, particulièrement en ce qui concerne le chancre chez la femme : eh bien ! nous ne craignons pas de nous avancer en disant que la description donnée par M. Cullerier, des *cinq* chancres vulvaires que portait sa malade à l'époque où nous fîmes la confrontation dont il vient d'être question, suffirait pour établir que ces chancres étaient bien des chancres simples, — non infectants, — très-vraisemblablement communiqués par le malade de notre dispensaire portant, lui aussi, des chancres simples. — L'alopécie signalée chez Élise P... le 21 août, et la roséole *qui est générale*, le 28 du même mois, établissent d'une manière certaine, que la diathèse syphilitique existait déjà chez cette malade à l'époque de son entrée à l'hôpital (3 août), et doit être attribuée, non à ses cinq chancres vulvaires, mais à une contagion remontant aux premiers jours du mois de juillet, c'est-à-dire, antérieure à l'époque où la malade a contracté les chancres dont nous avons fait l'examen avec M. Cullerier.

Ainsi, dans cette observation « qui doit rester dans la science comme l'une des meilleures preuves de l'unicité du virus syphilitique, » — on ne fournit point de preuves de la provenance des chancres de la malade, — et on ne s'aperçoit pas que l'apparition hâtive de la syphilis constitutionnelle, rendait au moins indispensable la mention des antécédents syphilitiques d'Élise P...

Vers la fin de la même année, M. Cullerier publiait deux autres faits de *chancres infectants ayant eu pour ascendants des chancroïdes*. Voici ces deux observations :

Obs. — « Au moment où j'écris ces lignes, dit M. Cullerier (*Rapport à la Soc. de*

chirurg., etc. — *Gazette des hôp.*, 1855, p. 412), je donne des conseils à un de nos « confrères qui est affecté d'un chancre induré, de roséole et de plaques muqueuses « pharyngiennes. Je n'ai pas visité la femme qui l'a infecté; mais ce confrère, qui « avait de bonnes raisons pour faire un examen attentif, m'assure de la manière la plus « formelle qu'elle n'avait au moment du coït qu'une ulcération sans la moindre in- « duration locale, et sans rien de bien apparent dans les aines, à ce point qu'il croyait « à une simple affection herpétique de la vulve. »

Un mois après la publication de cette observation, nous répondions à M. Cullerier : (*Gazette des hôp.*, octobre 1855).

« Malgré toute la déférence que nous devons à notre honorable contradicteur, nous sommes forcé de relever un pareil fait, et de dire qu'il est d'une nullité absolue, en tant qu'infirmant la transmission du chancre dans son espèce. En effet, le point important dans cette observation, n'était pas de savoir, et de dire que l'ulcération de la femme était ou n'était pas indurée, puisque M. Cullerier admet dans son rapport « que le chancre le plus simple, le plus exempt d'induration peut être suivi d'accidents constitutionnels », c'est-à-dire être infectant. Ce qui importait surtout, c'était de connaître, et de dire, si le chancre avait été, oui ou non, un chancre infectant pour la malade. En se taisant sur cette circonstance capitale, on ne peut pas donner ce fait comme un exemple de chancre non infectant ayant donné lieu à un chancre infectant. Il fallait donc, ce nous semble, ou taire cette observation, ou la rendre probante en établissant que le confrère contaminé tenait son chancre infectant d'une femme n'ayant eu, elle, qu'un chancre simple, un chancroïde. Produire un tel fait, n'est-ce pas démasquer la faiblesse de ses preuves, et n'est-on pas tenté de répéter à M. Cullerier ce que lui a déjà dit M. Ricord : Vous avez entrepris une réfutation pour laquelle vous n'étiez pas prêt. » (*Soc. de chir. — Discussion.*)

Nous n'avons pas un mot à retrancher, ou à ajouter à ce que nous avons écrit il y a dix ans touchant cette observation.

La seconde observation de M. Cullerier est la suivante :

OBS. — « Un jeune homme est affecté de chancre induré, puis de symptômes constitutionnels. Un traitement rationnel est suivi rigoureusement, et tout disparaît. »

« Au bout de quelques années cet homme gagne un nouveau chancre (1) qui reste à l'état simple, sans retentissement sur l'économie. *Le malade fort éclairé d'ailleurs*, mais ayant mal compris la portée de ce qu'il avait entendu dire, qu'on n'avait pas deux fois la vérole, *n'attacha aucune importance* à l'ulcération dont il était affecté, et n'hésita pas à se marier sans prendre aucun conseil médical. »

« La jeune femme, comme on peut le croire, fut bientôt elle-même affectée d'un chancre. Mais celui-ci s'indura, se compliqua d'engorgements ganglionnaires, puis

(1) Nous allons revenir sur cette circonstance, capitale dans l'observation.

fut suivi, dans l'espace de temps habituel, d'une syphilide papulo tuberculeuse générale, d'alopécie, d'impétigo du cuir chevelu, et plus tard d'accidents tertiaires. »

« Ce fait, qui a été bien observé, et dont j'ai été témoin avec nos honorables confrères MM. les docteurs Cazeaux et Coffin, me paraît des plus remarquables, et l'une des meilleures preuves que l'on puisse donner contre l'idée de la dualité du virus. » (*Loc. cit.* p. 412.)

Dans le temps même où M. Cullerier publiait cette observation, nous étions appelé en consultation, dans le cabinet de M Cazeaux, pour y voir, avec l'honorable M. Danyau, et M. Cullerier, un enfant atteint de syphilis héréditaire *paternelle*, et appartenant à de jeunes époux (1). — Or, quelles sont les objections de M. Cullerier aux faits si réels et si nombreux, de transmission héréditaire de la syphilis par la voie paternelle? — Les infractions au contrat conjugal : la femme a pu être contaminée dans des rapports sexuels qu'elle ne peut avouer. — Dans la critique de l'observation qui précède, nous pourrions donc nous servir du même argument contre M. Cullerier, et lui demander s'il est bien sûr, — scientifiquement sûr, — que la femme a été infectée par son mari. Nous ne le ferons pas, parce que, en thèse générale, nous croyons, que lorsqu'un fait de maladie vénérienne se produit chez une femme *nouvellement mariée*, il y a une somme de probabilités plus grande, que cette femme a été contaminée par son mari, que par un amant. — Quelle interprétation donnons-nous donc du fait de M. Cullerier ? — La voici.

Il nous avait paru au moins singulier, qu'un homme *fort éclairé*, suivant les termes de l'observation, se fût marié alors qu'il était atteint d'un chancre du pénis, et n'eût attaché aucune importance à cette circonstance. — Nous nous rendîmes donc auprès de notre honorable confrère M. Coffin, médecin du malade, pensant en obtenir quelques éclaircissements. — Il nous apprit que le malade en question, n'avait point cru, chez lui, à l'existence d'un chancre, parce qu'il ne s'était pas exposé à le contracter, mais qu'il pensait que l'affection génitale dont il était atteint, était une récidive de sa syphilis, et que l'assurance lui avait été donnée (par M. Cullerier, peut-être) que les accidents secondaires n'étaient pas contagieux.

Il s'agirait donc dans ce cas. d'une transmission de la syphilis par une lésion constitutionnelle, et non par un chancroïde, ou par un second chancre infectant, ainsi que l'a cru M. Cullerier. — Sans connaître les éclaircissements qui nous ont été donnés plus tard, par M. le docteur Coffin, — nous avions répondu à M. Cullerier :

« Les limites que nous avons dû nous imposer dans cette communication

(1) Nous avons mentionné ce fait dans notre *réponse* à M. Cullerier : nous y reviendrons, à propos de la contagion des lésions consécutives de la syphilis, car la nourrice, contrairement aux prévisions de M. Cullerier, fut infectée par son nourrisson.

ne nous ont pas permis d'envisager cette troisième observation de M. Cullerier sous un autre point de vue bien important, celui de la transmission de la syphilis par les accidents constitutionnels. »

« Si nous démontrons que les individus qui ont eu la vérole confirmée, ne peuvent plus être inoculés avec le pus du chancre infectant, et ne reprennent plus dans leurs relations sexuelles ultérieures cette variété de l'ulcère syphilitique primitif, il faudra bien en conclure qu'ils ne peuvent plus donner de chancre infectant. Et cependant, si les faits cliniques démontrent que ces mêmes sujets diathésés communiquent encore la syphilis constitutionnelle, il faudra bien rechercher de quelle manière cette contagion a lieu. Or ces sujets n'ont plus que des chancroïdes ou des accidents constitutionnels. Si le chancroïde dans ses migrations d'un individu à un autre ne reproduit que le chancroïde, c'est-à-dire le chancre simple, non infectant, ce n'est pas lui qui, dans les cas dont nous parlons, a été l'agent de transmission de la syphilis constitutionnelle ; elle n'a donc pu avoir lieu que par les accidents consécutifs. » (*Réponse*, etc. — *Soc. de chir.*, 3 octobre 1855. — Ext. de la Gaz. des hôp. — Paris, 1855, H. Plon, p. 9).

Telles sont les trois observations avec lesquelles M. Cullerier croyait, en 1855, avoir relevé le dogme de l'unicité du virus chancreux (1).

Après M. Cullerier, plusieurs syphiliographes ont rapporté des exemples de chancres infectants produits par la contagion ou la transmission de chancres simples. — L'insuffisance évidente des faits cités par M. Cullerier nous oblige à mentionner ceux qui ont été publiés après lui.

En 1856 deux internes distingués des hôpitaux, MM. A. Fournier et Caby, firent, sous l'inspiration et la direction de M. Ricord, de nombreuses confrontations de malades atteints de chancres. Il résulterait de leurs recherches que le chancre simple des individus atteints de la syphilis constitutionnelle, transmis à des individus sains, c'est-à-dire vierges d'antécédents syphilitiques, donnerait parfois naissance à un chancre infectant ; fait contraire à la théorie dualiste, et dont ils ont donné plusieurs observations détaillées (2).

(1) Depuis cette époque notre honorable confrère, qui a beaucoup vu et beaucoup observé, a dû faire ample moisson de faits opposés à la doctrine dualiste. En ouvrant son livre en cours de publication (*a*), et dans les pages consacrées à la réfutation de cette doctrine (*Introduction*), nous nous attendions à trouver de nouvelles observations venant achever la ruine du dualisme. Attente vaine : M. Cullerier revient à ses trois observations, en donnant à l'une d'elles une *façon* de rédaction qui la rajeunira, sans la rendre plus probante. Il est juste de dire que cette nouvelle édition des trois observations est augmentée du fait des *deux* collégiens de M. Rey, de Grenoble, que nous mentionnerons plus loin.

(2) Ricord, *Leçons sur le chancre*. — A. Fournier, *Recherches sur la contagion du chancre*. — Paris 1857.

(*a*) *Précis iconograph. des mal. vénér.*

Nous démontrerons un peu plus loin que M. Ricord s'est mépris en disant que ces faits étaient en opposition avec les opinions que nous avions déjà émises sur le chancroïde (théorie de l'hybridité) : nous ne devons ici les considérer qu'en tant qu'opposés à la transmission du chancroïde.

Dans une note publiée en août 1857 (1), nous disions que dans la question de la transmission du chancroïde des individus atteints de la syphilis constitutionnelle, aux individus sains, il était important de tenir compte d'une cause d'erreur dont M. Ricord ne s'était nullement préoccupé : la transmission de la syphilis par les accidents secondaires. — « Si les lésions syphilitiques constitutionnelles de forme sécrétante (papules muqueuses, impétigo, ecthyma, etc.), disions-nous, sont contagieuses, comme l'ont pensé tous les médecins sans exception antérieurs à Hunter, comme le croient actuellement la plupart des pathologistes de tous les pays, comme je le pense avec eux, et l'enseigne, parce que les preuves scientifiques de cette contagion me paraissent irréfutables; si, dis-je, la syphilis se transmet par les accidents secondaires, ne faut-il pour tenir compte de ce grand fait dans les contaminations des individus sains par les sujets vérolés, c'est-à-dire soigneusement distinguer si la contagion a eu lieu par un accident primitif, un chancroïde, par exemple, ou par un accident secondaire ? » — Or, à cette époque (1857), M. Ricord, qui défendait encore l'idée erronée de la non-contagion des lésions constitutionnelles de la syphilis, trouvait un argument favorable à ses opinions dans la transmission de la syphilis par le chancroïde des individus vérolés. — Nous pensons donc que quelques-uns des cas de transmission de la syphilis, attribués à des chancroïdes, doivent être rapportés à la contagion des lésions secondaires.

Il est un autre point de vue sous lequel la question du chancroïde des syphilitiques doit être envisagée.

Des faits déjà nombreux et bien observés, établissent que la vaccine des individus atteints de la syphilis constitutionnelle peut communiquer la syphilis. Est-ce donc abuser de l'analogie que de penser que le chancroïde d'un syphilitique peut également transmettre la syphilis ? — Si le vaccin est l'intermédiaire de la contagion, dans les cas de syphilis vaccinale, le virus du chancroïde d'un vérolé ne peut-il pas également servir d'agent de transmission au virus de la syphilis ? — Nous ne savons pas s'il en est ainsi, mais on voit que ce côté de la question de la transmission du chancroïde des syphilisés, mérite d'être pris en sérieuse considération.

(1) *Union méd.*, p. 390. — *Lettre à M. Amédée Latour.*

Un syphiliographe, écrivain distingué que la mort a frappé dans le cours d'une brillante carrière médicale, Melchior Robert, de Marseille, a soutenu dans diverses publications (1), le dogme de l'unicité du chancre et du chancroïde, et l'on trouve dans son *Nouveau traité des maladies vénériennes* (Paris, 1861), plusieurs observations de malades qui étant atteints de chancroïdes auraient communiqué des chancres infectants.

Le respect que nous portons à la mémoire de notre confrère, ne saurait nous empêcher d'exprimer librement notre opinion sur la valeur de ces observations. Nous le dirons tout de suite, nous ne pouvons nous défendre d'un sentiment de défiance envers le jugement ou le talent d'un observateur qui a soutenu, et écrit ce qui suit : « Dans aucun cas de chancre infectant, nous n'avons noté le phénomène de l'incubation indiqué par les auteurs. » ... « Lorsqu'on insère sur un individu sain le virus du chancre infectant, l'inoculation suit une marche identique à celle que l'on observe dans les inoculations du chancre mou. » (*Ouv. cit.*, p. 355.)... » Il ressort de nos expériences que la sécrétion du chancre induré peut s'inoculer au malade qui est porteur de cet accident. Deux, trois, quatre, jusqu'à six inoculations pratiquées successivement dans ces conditions, et en empruntant le pus du dernier chancre inoculé, *ont constamment donné un résultat positif*, etc. » (P. 357.) — Ces propositions sont en contradiction si manifeste avec celles qui ont été émises par *tous* les syphiliographes cliniciens qui ont observé et décrit le chancre infectant ; — elles sont l'expression d'idées si évidemment erronées, que notre défiance envers la sagacité de leur auteur, s'étend malgré nous à ses observations contraires ou opposées à la doctrine dualiste.

Dans l'examen de ces observations, nous aurions le droit de nous servir des arguments, et des procédés de critique employés par M. Mel. Robert lui-même, contre les partisans de l'identité de la blennorrhagie et du chancre. — Que répond M. Robert, aux observations de Hunter relatives à des cas de vérole constitutionnelle après blennorrhagie? — Il objecte, pour l'une, — « qu'il n'est nullement question des antécédents du malade ; qu'en présence de ce fait, on peut se demander si le malade n'aurait pas eu, avant sa première blennorrhagie, un chancre infectant, — si en même temps que la gonorrhée il n'avait pas un chancre situé loin des parties génitales, — ou un chancre *larvé*, etc. » (p. 49). — Si M. Lagneau fait observer à l'appui de l'identité, que plusieurs individus qui ont commerce avec la même femme, peuvent contracter, les uns des chancres, les autres une blennorrhagie, et cite des observations, — que dit M. Robert? — « Cet argument ne prouve rien en faveur de l'identité,

(1) *Étude sur deux points de syphiliographie.* — Marseille, 1857.
Quelques consid. sur le chancre dit mixte. — 1861.
Quelques consid. sur l'auto-inocul. du ch. infectant. — 1862.

parce que le foyer d'infection peut être composé de deux éléments de contagion, chancre et blennorrhagie, » etc. » (P. 51.)— Toutes ces remarques sont justes, mais il est bien évident qu'elles peuvent être retournées contre M. Robert affirmant qu'il a vu la syphilis se manifester après des chancroïdes, ou ceux-ci provenir d'un chancre infectant, et citant, lui aussi, des observations.

Dans un travail récent, un de nos anciens collègues d'internat, le docteur Jules Davasse (1), a soutenu que le chancre simple d'un sujet sain, pouvait transmettre un chancre infectant. « Parmi les observations que je pourrais choisir dans ma pratique, dit M. Davasse, *deux méritent, entre autres, un crédit particulier* » (p. 473.)

Obs. — « En 1845, un élève d'un hôpital vénérien est consulté par une ex-pensionnaire de Lourcine, sur quelques ulcérations récentes des organes génitaux. Le collègue dont je parle, très-expert dans ces matières, ne vit pourtant dans ces lésions très-superficielles, et tout d'abord fort insignifiantes en apparence, qu'une éruption herpétique nullement virulente; il poussa même la confiance ou, pour mieux dire, la témérité jusqu'à cohabiter avec sa cliente dans un moment d'oubli ou d'abandon. » Il en fut puni par le développement ultérieur d'un chancre infectant, et d'une syphilis constitutionnelle grave.

La jeune cliente n'eut que des ulcérations sans retentissement ganglionnaire, et sans manifestations syphilitiques constitutionnelles ultérieures.

On nous accordera facilement, nous le pensons, qu'une erreur de diagnostic, ne prouve absolument rien contre la transmission du chancroïde. Si le jeune ami de M. Davasse s'est trompé sur la nature des ulcérations de sa cliente, son erreur n'établit pas qu'il s'agît dans cette observation, de chancroïdes ayant transmis un chancre infectant.

Mais, nous objectera-t-on, il est dit dans l'observation que les chancres de la malade étaient des chancres simples, puisqu'elle est restée indemne d'accidents syphilitiques constitutionnels? — Sans doute, cette circonstance, capitale dans l'observation, est mentionnée par M. Davasse, mais, de souvenir, et vingt ans après la constatation du fait principal, la contamination de son imprudent ami.

La seconde observation de M. Davasse est rapportée par lui avec de nombreux détails, et ses conclusions sont les suivantes : « Nous pensons que ce fait ne peut rien laisser à désirer sous le rapport qui nous occupe; c'est bien un exemple de chancre accidentellement phagédénique, *non infectant*,—transmis sous la forme de chancre à base molle, et *infectant* » (p. 475).

(1) *La syphilis, ses formes, son unité.* — Paris, 1865, in-8°.

Voici le résumé de cette observation :

Obs. — Un homme marié, se présenta à M. Davasse, vers la fin du mois de décembre 1854. — Huit jours avant il avait eu des relations extra-conjugales, et, « peu de jours après, » un chancre s'était développé sur le pénis : il donna lieu à un bubon phlegmoneux de l'aine qui fut ouvert par M. Davasse ; et le malade ne présenta ultérieurement aucun symptôme d'infection constitutionnelle.

Le chancre de ce malade ne datait donc que de quelques jours lorsque M. Davasse l'observa pour la première fois. — Or, ce jour-là même, il examina la femme du malade, et il trouva déjà sur elle trois chancres vulvaires, « ne remontant pas certainement à plus de deux ou trois jours ; » chancres qui furent suivis d'accidents constitutionnels manifestes : accidents prodromiques dès le 26 janvier, et *roséole générale* le 4 février, etc.

L'évolution de la syphilis chez la malade dont il s'agit dans cette observation, est en opposition manifeste avec ce que nous connaissons de la transmission de cette maladie. En effet, que la syphilis soit transmise par contagion accidentelle ou par inoculation artificielle, dans tous les cas, une période de temps qui constitue l'incubation de la maladie s'écoule, entre la contamination et les premières manifestations locales, c'est-à-dire le chancre infectant. — Or, dans l'observation de M. Davasse, cette période manque absolument ; les chancres, chez la femme, sont contemporains de ceux de son mari. — S'il nous eût été donné de faire un rapport médico-légal sur ce fait, nous basant sur la simultanéité des chancres, chez le mari et chez la femme, — et aussi sur l'époque à laquelle fut constatée chez la malade, une roséole *générale* (4 février), nous n'eussions jamais osé conclure que l'infection de la femme procédait du mari.

Quelle que soit la valeur que l'on accorde à nos objections ou à nos remarques sur les *faits cliniques* qui ont été opposés à *la loi* de transmission du chancre dans sa forme, ces objections suffisent pour démontrer qu'il existe de nombreuses causes d'erreur dans l'étude de la contagion accidentelle du chancre ; et ce sont précisément ces causes d'erreur, parfois difficiles à démêler dans une observation, qui donnent, et donneront encore, quelque apparence de validité à des faits cliniques que des observations ultérieures, ou des expériences bien instituées, viendront démentir (1).

B. — Les partisans de l'identité des deux chancres soutiennent, avons-

(1) Nous aurons les mêmes remarques, et les mêmes objections à opposer aux faits et aux observations qui ont été donnés comme preuves de l'identité de la blennorrhagie et de la syphilis. Seulement, nous serons aidé dans ce travail par les syphiliographes que nous venons de combattre. En effet, nous retrouverons MM. Cullerier, Robert, Davasse, etc. réfutant les *faits* relatifs à la doctrine de l'identité de la blennorrhagie et du chancre, précisément avec les mêmes arguments que nous venons d'employer contre les faits qu'ils ont produit sur l'identité du chancroïde et du chancre.

nous dit, que le chancre simple peut être suivi d'accidents syphilitiques constitutionnels, c'est-à-dire être infectant. Sur ce point, leurs observations sont si nombreuses, qu'en les produisant ils n'ont, disent-ils, qu'un embarras, celui du choix (1). — Nous connaissons la cause de cet embarras, et nous allons nous efforcer de le faire cesser, en prouvant que cette abondance de faits est plus apparente que réelle. Quelques mots sur l'origine de l'argument qui nous occupe, à savoir, que le chancre simple est souvent infectant, vont nous suffire pour démontrer qu'il repose uniquement sur un sophisme.

Vers 1855, M. le docteur Hammer, de Manheim, lut à la Société de chirurgie, un mémoire ayant pour but de démontrer que la syphilis constitutionnelle était le résultat de l'absorption « des éléments fibro-plastiques dont est formée l'induration » du chancre infectant, et, conséquemment, que les chancres sans induration n'étaient jamais suivis d'accidents consécutifs, etc.

M. Cullerier chargé de faire un rapport sur ce mémoire, objecta avec raison à M. Hammer que l'induration était l'effet, et non la cause de l'infection constitutionnelle ; — que cette induration n'était pas un phénomène constant ; — qu'elle pouvait manquer, — « *et que le chancre le plus simple, le plus exempt d'induration locale pouvait être suivi d'accidents constitutionnels.* » — « Je vais plus loin, disait M. Cullerier, j'affirme que j'ai vu bon nombre de fois une vérole constitutionnelle paraître après une ulcération *des plus simples*, des plus passagères. » (*Gaz. des hôpit.*, sept. 1855.)

Dans la discussion qui suivit la lecture du rapport de M. Cullerier (Soc. de chir., sept. 1855), il resta bien établi que l'induration n'est pas un phénomène constant dans la lésion qui précède la syphilis constitutionnelle, c'est-à-dire dans le chancre infectant.

Mais M. Cullerier ne se borna pas à constater ce fait, et à l'opposer à la théorie de M. Hammer. Voulant, comme on le dit vulgairement, faire d'une pierre deux coups, il le donna comme un argument victorieux contre la doctrine dualiste ; il lui suffit, pour cela, de faire le raisonnement suivant, qui est précisément le sophisme dont nous parlions plus haut :

Le chancre local, le chancre simple, n'est pas induré ; — or, il est des chancres infectants dans lesquels l'induration manque ; — donc le chancre simple est parfois infectant... Ainsi, suivant M. Cullerier, lorsque la vérole est consécutive à un chancre qui n'est pas induré, ce chancre est le chancre simple, le chancre mou, le chancroïde.

Nous devons à la vérité de dire que cet argument fit fortune dans le

(1) « Ici nous n'avons que l'embarras du choix ; mais nous n'abuserons pas, outre mesure, du nombre de nos arguments. » Davasse (*Ouvr. cité*, p. 447).

camp des unitéistes, et c'est en l'acceptant que l'élève de M. Cullerier, M. Davasse, a pu puiser à pleines mains « dans ses cartons, » et dans les traités de syphiliologie (sans en excepter ceux des dualistes), et y trouver de nombreux exemples de syphilis consécutives « au chancre le plus simple le plus exempt d'induration, » c'est-à-dire au chancroïde (1).

Bien que le lecteur nous ait devancé dans la réfutation du raisonnement de M. Cullerier, nous devons, en quelques lignes, revendiquer les droits de la logique, c'est-à-dire rétablir les termes mêmes de la question qui nous occupe.

L'induration n'étant pas la cause de l'infection constitutionnelle, son absence dans un chancre infectant n'établit en aucune façon que ce chancre est un chancre mou, un chancroïde. — En effet, l'absence d'induration dans ce cas ne constitue qu'un caractère ou qu'un état commun aux deux chancres; — état d'où peut incontestablement résulter quelques difficultés dans leur diagnostic différentiel, mais qui n'implique en rien l'identité de *nature* ou de cause de ces ulcérations. — Et d'ailleurs, le chancre infectant sans induration conserve *tous* les autres caractères qui le distinguent du chancroïde, ainsi que nous l'avons dit en parlant du diagnostic du chancre vrai.

En disant « que le chancre le plus simple, le plus exempt d'induration » peut être suivi d'accidents généraux, vous énoncez une proposition qui a été émise et soutenue par tous les syphiliographes qui ne considèrent pas l'induration comme étant la cause de la syphilis constitutionnelle. — Mais lorsque vous ajoutez, que ce chancre si simple, si exempt d'induration, est un chancroïde, vous méconnaissez les règles les plus élémentaires de la logique, car vous n'avez point démontré l'identité du chancre infectant sans induration, et du chancre mou : votre raisonnement n'est donc plus qu'un sophisme basé sur l'ambiguïté des mots. — Et ainsi, *tous* les cas dans lesquels la syphilis constitutionnelle a été précédée d'un chancre sans induration, et que vous donnez comme étant des exemples de véroles consécutives à des chancroïdes, et cela, sans faire mention de la provenance des chancres, doivent être considérés comme nuls, en tant que preuves de l'identité des deux chancres.

Que faut-il donc pour établir rigoureusement, scientifiquement, que chez un malade, un chancroïde a été suivi d'accidents généraux? — Il faut démontrer que chez ce malade, la lésion d'inoculation, le chancre initial, provient d'un chancroïde, — c'est-à-dire d'un chancre qui n'a pas été suivi de la syphilis constitutionnelle chez l'individu qui a contagionné le

(1) Une seule chose nous étonne ici, c'est que M. Davasse n'ait pas dit que toute vérole commence par un chancre simple, puisque *dans tous les cas* de syphilis constitutionnelle, la lésion initiale, le chancre, n'est pas induré pendant les premiers jours de son existence.

malade en question ; car, si le chancre du contaminant a été infectant, quelle raison existe-t-il de soutenir que le chancre du contaminé a été un chancroïde? Aucune, évidemment.

La confusion dont nous venons de parler n'est pas la seule cause d'erreur que nous ayons à signaler dans les observations qui ont été rapportées à l'appui de la propriété qu'aurait le chancroïde de déterminer la syphilis constitutionnelle : il en est d'autres que nous énumérerons dans le paragraphe consacré au *pronostic* du chancroïde. On verra combien elles restreignent le nombre des faits relatifs aux véroles consécutives au chancre simple. — Nous savons et nous reconnaissons, que ces faits n'ont nullement besoin d'être nombreux pour venir en aide à l'argumentation des syphiliographes unitéistes : quelques cas bien observés, et exempts de causes d'erreur, de malades atteints de chancres suivis d'accidents syphilitiques constitutionnels, et provenant de chancres qui n'auraient eu qu'une action locale, — suffiraient, nous l'avons déjà dit, pour ruiner la théorie dualiste. —Il ne nous appartient pas de dire que tous les partisans de la doctrine unitéiste, MM. Sperino, Thiry, Vidal, Galligo, W. Boeck, Danielssen, Bidenkap, Mel. Robert, Davasse, Gabalda, Prost, etc., qui disent avoir vu de pareils faits, se sont trompés, — mais nous affirmons que la lecture attentive de leurs observations nous a laissé la conviction que ces observations ne portent aucune atteinte à la doctrine dualiste affirmant : *que le chancre se transmet dans sa forme*, — *et que le chancroïde n'est qu'une affection locale* (1).

Mais il est d'autres faits relatifs au chancre, et au chancroïde, sur lesquels la théorie dualiste ne peut donner que des explications insuffisantes, si bien, qu'elle a dû appeler à son aide, — ou plutôt, créer une entité morbide nouvelle, LE CHANCRE MIXTE (Rollet), — ulcération *composite* qui serait à la fois, un chancre infectant et un chancroïde ; — création que nous démontrerons, un peu plus loin, n'être « qu'un jeu de l'esprit », (Michaëlis), c'est-à-dire, une conception basée sur des faits illusoires ou mal interprétés.

D'un autre côté, la théorie dualiste est entièrement négative en ce qui

(1) Dans une thèse, remarquable par sa forme littéraire (*a*), M. Gonnard a très-méthodiquement exposé les faits et les arguments qui militent en faveur de la théorie unitéiste, et il faut bien que ces faits et ces arguments n'aient pas à ses yeux toute la valeur qu'il paraît leur accorder dans le cours de son travail, car il le termine, non en concluant que la théorie dualiste est erronée, mais en disant : « *La question de la dualité ou de l'unicité du virus est encore pendante* » (p. 69). Assertion qui ne suppose pas, on en conviendra, une foi bien vive en la valeur des observations des syphiliographes unitéistes.

(*a*) *Essai critique sur l'institution de la dualité chancreuse.* — Paris, 1863.

concerne l'étiologie du chancroïde : elle nous dit ce que n'est pas cette affection, mais elle ne s'enquiert point de ce qu'elle est, — d'où elle provient, etc.

Nous savons combien il est facile de s'abuser sur la valeur d'une idée, et surtout d'une théorie, alors même que l'on a mis à la mûrir quinze années d'étude et d'observation : cependant nous croyons être sur le chemin de la vérité en soutenant que la syphilis, maladie contagieuse et virulente, c'est-à-dire inoculable, présente dans son évaluation de nombreuses analogies avec les autres maladies contagieuses virulentes. Cette idée nous a conduit à la recherche, et à la constatation d'un fait important presque méconnu de nos jours, celui de l'incubation du virus syphilitique. — Nous lui devons une interprétation vraie de l'état solitaire du chancre infectant, et de sa non-réinoculation au malade qui le porte : — C'est elle qui nous a guidé dans nos recherches sur la *théorie étiologique de l'hybridité du chancroïde*, théorie que nous allons exposer.

De l'origine hybride du chancroïde.

Cette doctrine étiologique est celle que nous soutenons depuis longtemps. Elle peut être résumée ainsi : *Le chancroïde a pour origine une inoculation itérative positive du virus de la syphilis aux individus ayant ou ayant eu la syphilis constitutionnelle ; il est l'hybride de la syphilis.*

L'idée de rattacher certaines affections vénériennes à une modification du virus de la syphilis par la syphilis elle-même, a été émise par plusieurs pathologistes.

Capobianco, dans ses *Éléments de médecine pratique* (Naples, 1844), après avoir rappelé qu'au commencement de ce siècle plusieurs médecins anglais ont considéré les affections *pseudo-syphilitiques* comme étant étrangères à la syphilis, dit qu'il lui semble, que quelques-unes de ces affections ont pour cause déterminante le virus de la syphilis lui-même, mais un virus modifié ou affaibli dans sa virulence ; affaiblissement qu'il attribuait surtout à l'idiosyncrasie des individus contagionnés. Précisant sa pensée sur ce point, il ajoute : « Nous croyons, avec le professeur Lanza, « que la pseudo-syphilis est à la syphilis vraie, ce que la varioloïde est à « la variole... Les malades qui ne sont pas prédisposés à contracter la « syphilis vraie n'ont que la pseudo-syphilis, et cela, parce que la sus- « ceptibilité organique nécessaire à la production de la syphilis vraie man- « que chez ces individus... Des faits bien observés sont encore nécessaires « pour résoudre cette importante question (1). »

(1) Nous devons la connaissance et la traduction du passage de Capobianco que nous venons de citer, à M. le docteur L. Pollini, médecin distingué de Turin, auditeur à nos conférences en 1857.

Bien que le chancroïde ne soit pas mentionné dans ce passage de Capobianco, il est très-vraisemblable que l'auteur a entendu désigner cette affection, puisqu'elle est une de celles que les médecins anglais cités par lui (Abernethy, etc.) ont classées parmi les affections pseudo-syphilitiques.

En 1850, dans sa 19e *Lettre*, M. Ricord, qui vraisemblablement ignorait ce qu'ont écrit Lanza et Capobianco, disait : « Le chancre induré est à la vérole ce que la *vraie* pustule variolique est à la variole, ce que la *vraie* pustule vaccinale est au vaccin. Le chancre non induré, c'est la pseudo-pustule, c'est un *faux* vaccin. »

En 1852, M. Bassereau avait songé, lui aussi, à assimiler le faux chancre aux fausses vaccines : « Certainement, il ne serait pas impossible que le chancre local ne fût qu'un chancre dégénéré... Un seul fait bien observé, exempt de toute cause d'erreur, suffirait pour étayer cette théorie de pseudo-syphilis. » Et il ajoute, que l'insuccès de ses recherches l'a conduit à conclure que le chancre local est étranger à la syphilis (*ouvr. cité*, p. 212).

Dès l'année 1851, dans nos conférences cliniques à notre dispensaire, et en 1853, dans notre premier cours public de syphiliologie à l'école pratique de la Faculté, nous soutenions la théorie étiologique de l'hybridité, et nous employions le mot *chancroïde* pour désigner le chancre local.

En 1853, nous avons communiqué verbalement à la Société des sciences médicales (séance du 23 décembre) le résultat de nos premières recherches relativement à cette théorie (1). — En 1854, nous avons lu devant la même Société (séance du 27 octobre) notre *Mémoire sur le chancroïde syphilitique*, publié dans l'*Union médicale* et dans le *Moniteur des hôpitaux* peu de temps après : mémoire qui n'est que le développement de notre communication orale de 1853, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en comparant ce mémoire au compte rendu de M. Gratiolet (2).

Nous allons exposer les arguments et les faits sur lesquels repose la doctrine étiologique de l'hybridité du chancre local.

(1) *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris, séante à l'hôtel de ville pendant l'année* 1853-1854, par M. Pierre Gratiolet, secrétaire général : — « Une des communications qui nous ont le plus intéressé, est celle que notre confrère M. le docteur Clerc *a faite verbalement* à la Société... Le virus d'un chancre vénérien communiqué à une nature vierge un véritable chancre, et l'infecte. Mais l'inoculation du même virus ne déterminerait chez un homme auparavant infecté qu'un chancre non infectant, un *chancroïde*, c'est-à-dire une affection toute locale. » (P. 15.)

(2) La première phrase de notre mémoire est celle-ci : « Messieurs, dans la séance du 23 décembre 1853, j'ai eu l'honneur de vous faire part de quelques idées nouvelles sur la syphilis. Le travail que je vous présente aujourd'hui est le développement de cette première communication orale. »

1° *Preuves historiques.* — Si le chancroïde est le résultat d'une inoculation itérative du virus syphilitique à des individus ayant ou ayant eu la syphilis constitutionnelle, il est de toute évidence qu'il doit être postérieur aux premières manifestations du virus syphilitique : on n'a dû l'observer et le décrire qu'après un certain temps de durée de la syphilis constitutionnelle, alors qu'un certain nombre d'individus atteints de la syphilis ont pu s'exposer de nouveau à la contagion de cette maladie. En d'autres termes, il a fallu pour créer et multiplier le chancroïde, des sujets syphilisés, comme il faut des variolés et des vaccinés pour donner naissance aux hybrides varioloïde et vaccinoïde. — Or, la syphilis ayant eu, à l'époque où elle s'est manifestée en Europe, une extrême gravité, il a dû, de toute nécessité, s'écouler une période de temps assez longue pendant laquelle le chancroïde n'avait pas ses conditions de formation ou de multiplication. — Les premiers médecins qui ont observé la syphilis n'ont donc pas dû connaître le chancre simple, et sa complication si fréquente, le bubon suppuré : s'il en est ainsi, les écrits des premiers syphiliographes ne doivent point faire mention de ces deux affections. En effet, il est facile de s'assurer, par la lecture des traités sur la maladie vénérienne, publiés avant Nicolas Massa, c'est-à-dire avant 1532, que le chancroïde n'est pas mentionné dans ces ouvrages, et qu'il n'y est nullement question du bubon phlegmoneux de l'aine, affection dont le chancroïde génital est la cause déterminante ordinaire.

Ce silence des premiers syphiliographes sur le bubon phlegmoneux, n'avait pas échappé à l'illustre Astruc, et il en avait très-judicieusement conclu, suivant nous, que l'on ne pouvait comprendre ce *fait* bibliographique, autrement qu'en admettant que la syphilis ne s'était pas manifestée, à l'époque de son apparition en Europe, avec tous les symptômes qui la caractérisent aujourd'hui ; que le bubon, en particulier, était postérieur à la syphilis constitutionnelle : « Peut-être m'accusera-t-on, dit « Astruc, de grossir les objets et de multiplier les périodes de la maladie « en donnant pour nouveaux quelques symptômes légers qui ont été « omis par ignorance ou par inattention. Je serais presque tenté d'en « convenir moi-même.... Mais il est impossible d'étendre ce soupçon au « bubon vénérien qui ne parut certainement que dans le troisième période (1526-1540), car, si on l'eût observé avant l'an 1533, il n'est « pas croyable que les médecins qui ont écrit sur la vérole avant cette « année, eussent tous, sans exception, été assez négligents pour ne point « parler du tout d'un symptôme vérolique si considérable, et dont tous « les médecins postérieurs à cette année 1533, sans en excepter un seul, « traitent fort au long. » (*Ouv. cité*, t. I, p. 337.)

Nous ajouterons aux conclusions d'Astruc les réflexions suivantes : Le bubon phlegmoneux étant très-rarement symptomatique du chancre infec-

tant, et se manifestant souvent chez les malades atteints d'un chancroïde, affection dont on connaît la fréquence, il nous semble que le silence des premiers syphiliographes, relativement à l'adénite suppurée, implique la non-existence du chancroïde à l'époque où ils écrivaient.

Les *dualistes* interprètent le silence des premiers syphiliographes sur le chancroïde et le bubon phlegmoneux de l'aine, de la manière suivante : — Les premiers médecins qui ont écrit sur la syphilis connaissaient le chancre mou, et s'ils n'ont pas parlé de cette ulcération, c'est parce qu'ils ne la confondaient pas avec le chancre syphilitique. Mais un peu plus tard, « *dès les premières années du* XVIe *siècle,* » dit M. Bassereau (*ouv. cité*, p. 237), ils firent cette confusion, et c'est alors qu'ils classèrent le chancre mou parmi les affections syphilitiques.

Voici notre réponse : — Les dualistes admettent que la syphilis ne s'est manifestée en Europe qu'à la fin du XVe siècle, vers 1495 ; or, les médecins de cette époque, étaient précisément les mêmes qui vivaient au commencement du XVIe siècle. Pourquoi, les *mêmes* syphiliographes auraient-ils confondu « dès les premières années du XVIe siècle, » des ulcérations génitales qu'ils ne confondaient pas en 1495 ? Et d'ailleurs, supposer que les premiers témoins de l'apparition de la syphilis connaissaient le chancroïde, et ne l'ont pas confondu avec le chancre infectant, c'est faire une supposition bien invraisemblable, à savoir, que ces médecins avaient de prime abord, établi le diagnostic différentiel du chancroïde et du chancre infectant; diagnostic difficile, encore aujourd'hui, pour tous les médecins qui n'ont que de rares occasions de traiter les malades atteints d'affections vénériennes.

Quant au bubon phlegmoneux, sur lequel les premiers syphiliographes gardent si manifestement le silence, les dualistes objectent que Marcellus Cumanus a parlé de ces bubons, et ils citent le passage dans lequel le chirurgien de l'armée vénitienne (1495) dit qu'il a traité « une infinité de bubons phlegmoneux de l'aine symptomatiques de lésions du pénis. »

Il y a une réponse péremptoire à cette objection : *Marcello de Cumes n'a jamais rien écrit sur la syphilis;* seulement, on lui attribue (Jérôme Welsch, 1658) quelques notes manuscrites trouvées sur un exemplaire de la chirurgie de Pierre d'Argellata, que l'on suppose lui avoir appartenu. (Voyez les bibliographies, et surtout Astruc, t. II, p. 543, de l'édit. in-4°) (1).

Mais, de ce que les premiers syphiliographes n'ont pas mentionné le

(1) Astruc fait remarquer, qu'en supposant authentiques les observations *manuscrites*, attribuées à Marcellus Cumanus, rien ne prouve qu'elles sont antérieures à l'époque à laquelle on a commencé à décrire le bubon phlegmoneux symptomatique du chancre primitif des organes génitaux, c'est-à-dire, antérieures à l'année 1526.

chancre local, s'ensuit-il que cette affection est de nature, c'est-à-dire de cause syphilitique ? Évidemment non, car nous verrons qu'il en est précisément de même de l'*uréthrite purulente* (blennorrhagie) dont la cause est aujourd'hui considérée comme étant différente ou distincte de celle qui détermine la syphilis constitutionnelle. — Nous devons donc avoir recours à d'autres preuves pour établir la filiation syphilitique du chancroïde, les données historiques n'établissant que des présomptions en faveur de la théorie étiologique de l'hybridité.

2° *Analogies.* — Il y a plus de trois siècles qu'un médecin illustre, Jérôme Fracastor, dans le premier ouvrage qui ait été publié sur les maladies contagieuses, signalait les nombreuses analogies qui existent entre toutes ces maladies : « *Contagionum autem analogiæ multiplices quidem sunt, et maxime admirandæ* (1). » Les maladies contagieuses virulentes sont celles qui nous présentent surtout ces nombreuses analogies dont parle Fracastor, et il y a véritablement lieu de s'étonner que certains faits pathologiques bien connus, relatifs aux virus de la variole, du cowpox et de la vaccine, n'aient pas fixé l'attention des syphiliographes : nous voulons parler des inoculations itératives chez les diathésés, c'est-à-dire chez les variolés et chez les vaccinés.

L'inoculation du virus de la variole sur les individus variolés, et celle du virus-vaccin sur les vaccinés, est invariablement suivie de l'un des trois résultats suivants : — 1° Inoculation négative ; — 2° Inoculation positive, et reproduction de la maladie virulente dans toute sa plénitude ; — 3° *Inoculation positive, mais ne donnant lieu qu'à une affection locale.* — Ce troisième cas ayant seul trait à la théorie étiologique qui nous occupe (*hybridité*), nous nous y arrêterons un moment.

Cowpox local. — Jenner avait constaté que les individus qui ont subi une première atteinte du cowpox, sont parfois affectés d'ulcères vaccinaux aux mains, lorsqu'ils traient des vaches atteintes de la petite vérole : « Il est digne de remarque, a écrit ce grand observateur, que la petite vérole des vaches (cowpox), qui est un préservatif assuré contre la petite vérole, ne l'est pas contre elle-même ; car nous avons observé que la même personne l'a eue plusieurs fois. » (*Ouvr. cit.*, p. 51.) Dans ces inoculations itératives du cowpox chez les vaccinés, Jenner disait que l'action du virus restait locale, c'est-à-dire qu'elle ne donnait pas lieu aux troubles généraux, à la fièvre, etc., que l'on observe toujours chez les individus qui subissent pour la première fois la contagion du cowpox ; et il ajoutait que ce fait (l'action locale du cowpox chez les individus vaccinés) était d'une notoriété telle, parmi les fermiers du comté de Glocester, que lorsque le cowpox envahissait un troupeau, ils

(1) *De contagionibus et contagiosis morbis, et eorum curatione.* Venise, 1546, L. I, ch. 8.

recherchaient, pour traire les animaux malades, des garçons de ferme ayant déjà été atteints de la variole des vaches.

Vaccine locale ou vaccinoïde. — Tous les médecins qui ont écrit sur la vaccine après Jenner, ont parlé des inoculations positives du virus vaccin chez les vaccinés. Ces inoculations donnent lieu à des pustules spéciales qui diffèrent par plusieurs caractères importants de la vaccine vraie, et ont été désignées sous le nom de fausse vaccine ou *vaccinoïde* (Gaultier de Claubry).

Variole locale et varioloïde. — Les inoculateurs ont cité des cas dans lesquels l'inoculation du virus varioleux ne produisait qu'une action locale, et tous les pathologistes reconnaissent que la *varioloïde* est une affection hybride, résultant de l'action itérative du virus varioleux, chez les individus qui ont été atteints de la variole, ou qui ont été vaccinés (1).

Les affections qui résultent de l'action locale du virus de la variole et de celui de la vaccine, sont contagieuses, c'est-à-dire transmissibles aux individus sains.

La transmission des hybrides varioloïde et vaccinoïde, présente deux cas très-différents qui ne nous paraissent pas avoir été assez remarqués : Le plus souvent l'affection se transmet en conservant son caractère d'affection hybride; — d'autres fois les hybrides inoculés aux individus sains agissent comme le feraient les virus d'où ils tirent leur origine; leur action se généralise, et ils reproduisent dans toute sa plénitude la maladie elle-même d'où ils proviennent. Nous allons donner quelques preuves de cette double action des affections hybrides.

Nous venons de dire que Jenner avait signalé l'action locale du cowpox chez certains individus. Il avait, en outre, constaté que chez la brute il se produisait des faits identiques d'inoculation itérative du cowpox; c'est-à-dire qu'une première atteinte de cowpox, ne mettait pas les vaches à l'abri d'une récidive de cette même affection, et il annonça que l'inoculation de ce *cowpox modifié*, de ce *faux cowpox*, était une des causes de l'insuccès d'un certain nombre de vaccinations (2).

La fausse vaccine, inoculée à des individus sains, ne produit, dans l'immense majorité des cas, qu'une fausse vaccine. — Les preuves de cette assertion abondent dans les annales de la vaccine : nous les rappellerons sommairement.

Les membres du Comité central de vaccine, à Paris, signalèrent dans leur premier rapport (1803) l'existence de la fausse vaccine, son origine ou sa source, et *sa transmission d'un individu à un autre, sous la forme de fausse vaccine* : « Soit inexpérience du comité dans ce genre d'inoculation, soit que plusieurs des enfants qui lui avaient été procurés des hospices eussent déjà été atteints de la petite vérole, la vaccine avait dégénéré dans ces premiers essais, et les piqûres ne transmettaient plus que l'espèce qu'on a appelée vaccine fausse ou bâtarde (p. 12) »..... : « Nous avions ainsi une nouvelle *espèce* de vaccine qui différait dans tous les points de celle

(1) Que la varioloïde ne soit pas en tous points comparable à la vaccinoïde, cela est incontestable, car la variole n'est pas identique avec la vaccine; ainsi la variole est transmissible par infection miasmatique, et la vaccine ne peut être communiquée que par insertion, par inoculation, etc.

(2) *Obs. ultérieures sur la vaccine.* — 1799. — Trad. par J. Delaroque. Privas, 1800.

que nous avions obtenue d'abord (vaccine vraie); *elle se transmettait comme la première, en s'inoculant d'un individu à l'autre, et nous eûmes l'occasion de la propager par plusieurs générations successives.* » (P. 298).

Vers la même époque, Odier (de Genève) ayant reçu de Vienne du virus vaccin pris sur le bras d'un sujet qui avait eu la variole antérieurement à sa vaccination, et conséquemment qui n'avait pu fournir que du virus de fausse vaccine, ne produisit que la fausse vaccine chez ses inoculés; si bien que *tous* contractèrent la variole (*Bibl. brit.*, t. XIII, p. 215).

Si la vaccinoïde n'était pas contagieuse, et si elle ne se transmettait pas aux individus sains, sous la forme de fausse vaccine, il est de toute évidence que les inoculations faites par les membres du Comité central de vaccine, et par Odier, ou n'auraient fourni que des résultats négatifs, ou auraient été préservatives de la variole.

Enfin, Husson, pour démontrer l'existence indépendante de la vraie et de la fausse vaccine, inocula la vaccine vraie sur le bras droit d'un enfant et la vaccinoïde sur le bras gauche : « à droite la vaccine fut vraie; elle fut bâtarde à gauche (1). »

Il est des cas, relativement rares, dans lesquels la fausse vaccine, inoculée ou transmise à des individus vierges d'antécédents varioleux ou vaccinaux, reproduit la vaccine vraie. Ce fait a été signalé depuis longtemps par les vaccinateurs. Ainsi, un médecin de Lyon, Ét. Sainte-Marie, en indiquait l'existence dès 1808 : « Telle est l'organisation singulière de quelques enfants qu'elle repousse le bienfait de la vaccine : ils éprouvent cependant une infection locale; et si l'on communique à d'autres enfants la matière qu'elle fournit, ces derniers peuvent éprouver une vraie vaccine bien décidément préservative (2). » M. Bousquet, dont la compétence et l'autorité sont si grandes en ce qui concerne les affections vaccinales, a plusieurs fois reproduit la vaccine vraie en inoculant la vaccinoïde (3). Enfin, le Dr Eichhorn, cité par Steinbrenner (4), a réussi à donner une vaccine vraie en inoculant la fausse.

Les faits relatifs à la transmission de la varioloïde sont plus nombreux et mieux connus.

Ils établissent que cette affection est contagieuse et inoculable, et qu'elle se transmet tantôt en conservant son caractère d'affection hybride, et tantôt en reproduisant la variole. — Ainsi, en 1807, un médecin distingué de Toulouse, Lafont-Gouzy, reconnaît une varioloïde sur un enfant vacciné; il l'inocule à plusieurs enfants non vaccinés, et la varioloïde se reproduit sur eux avec tous ses caractères. Poussant plus loin l'expérimentation, il inocule d'autres enfants avec le pus de ces varioloïdes, et il voit la variole se reconstituer, et se propager par infection miasmatique (5).

Ces inoculations de varioloïde ont été répétées sur une grande échelle par M. le docteur Gillou (de Saint-Pol-de-Léon). — Dans un mémoire publié en 1830, ce médecin dit avoir inoculé, ou vu inoculer la varioloïde à plus de 600 individus

(1) *Rech. hist. et méd. sur la vaccine.* — Paris 1803, p. 112; et *Dict. des sc. méd.*, t. 56, p. 422. — Husson, qui a longuement parlé de la vaccinoïde, la distinguait de la vaccine vraie par les caractères suivants : *Absence d'incubation; non induration* de la base de la pustule; « il n'y a pas cette induration circonscrite qui fait la base de la vaccine » (*Dict. des sc. méd.*, t. 56, p. 419); — *évolution rapide; — action locale*, « se reproduit sans préserver de la petite vérole » (*ibid.*).

(2) *Observation sur un fait relatif à la vaccine.* Lyon, 1808.

(3) *Nouveau traité de la vaccine.* Paris, 1848, p. 183.

(4) *Traité sur la vaccine.* Paris, 1846, p. 733.

(5) Bousquet. *Ouvr. cité*, p. 377.

n'ayant jamais été ni vaccinés ni variolés, et avoir toujours fait naître chez eux la varioloïde (1).

A une époque plus rapprochée, MM. Trousseau et Lasségue (2) ont aussi inoculé la varioloïde, et leurs expériences ne laissent aucun doute sur la possibilité de transmettre cette affection.

Il n'est pas hors de propos de faire remarquer que le fait de la transmission de la varioloïde a donné lieu à une *théorie dualiste* qui a eu ses partisans. En 1826, M. Moreau de Jonnès publia un travail (3) ayant pour but de démontrer que la varioloïde est une maladie nouvelle, dont la cause ou le virus est différent de celui de la variole : opinion qui a été soutenue par MM. Küster, Aikin, Ebers, Schœnlein, Wendt, Most, etc. Les faits nombreux, et bien connus, de régénération de la variole par l'inoculation ou la contagion de la varioloïde, renversent cette hypothèse dualiste.

Il est donc incontestable : 1° que l'inoculation des virus du cowpox, de la vaccine et de la variole, pratiquée sur des individus qui ont déjà été atteints de ces maladies virulentes, donne lieu parfois à des affections hybrides, aujourd'hui décrites sous les noms de *faux cowpox*, de *vaccinoïde*, de *varioloïde ;* — 2° que ces affections sont contagieuses et inoculables ; — 3° que l'inoculation de ces hybrides aux individus sains, est suivie de l'un des deux résultats suivants : reproduction de l'affection sous la forme hybride ; régénération de la maladie virulente.

Devons-nous conclure, *à priori*, que des faits identiques ou analogues se produisent dans la maladie syphilitique? Non sans doute ; mais, nous rappelant les analogies nombreuses que présente la pathologie des maladies contagieuses virulentes, nous dirons que la connaissance des faits relatifs aux inoculations itératives du cowpox, de la vaccine et de la variole, devait nous inciter à la recherche de faits analogues dans les inoculations itératives (artificielles ou accidentelles) du virus syphilitique.

3° *Preuves fournies par l'inoculation expérimentale.* — Pour établir expérimentalement que le chancroïde est une affection hybride, analogue à la vaccinoïde et à la varioloïde, il faudrait prouver : 1° que l'inoculation itérative du virus syphilitique pratiquée sur les individus atteints de la syphilis, est suivie, parfois, d'un résultat positif; — 2° que la lésion résultant de cette inoculation itérative *positive*, a tous les caractères du chancroïde ; — 3° qu'elle peut être inoculée aux individus sains en conservant son caractère local et sa propriété de réinoculation ; — 4° que dans quelques cas elle peut reproduire le chancre infectant et la syphilis constitutionnelle.

(1) *Mém. sur l'inocul. de la varioloïde* (*Transactions méd.* déc. 1830 et février 1831).

(2) *Union médicale*, 1850, p. 454.

(3) *Bulletin des sciences médicales.* — Décembre 1826. — Voy. Steinbrenner, *ouvr. cité*, p. 376 et suiv.

S'il était possible d'inoculer à l'homme le virus syphilitique avec la même innocuité que nous le faisons avec le virus vaccin, par exemple, il y a longtemps que nous eussions pratiqué la série d'inoculations syphilitiques que comporte la question étiologique qui nous occupe. Nous avons été arrêté par les inconvénients et les dangers inhérents à ces inoculations : « *De pelle humana agitur.* » Nous devrons donc demander parfois aux faits cliniques, c'est-à-dire aux contagions accidentelles, les preuves que ne pourra nous fournir l'expérimentation.

Inoculations itératives du virus syphilitique pratiquées sur les individus syphilisés, c'est-à-dire diathésés (1). A. — *Réinoculation du chancre infectant.* — Un malade atteint d'un chancre infectant est un malade qui a la syphilis constitutionnelle. Or nous avons démontré (p. 115 et suiv.) que l'inoculation itérative du produit de sécrétion du chancre infectant sur le malade lui-même, atteint d'un chancre de cette espèce, était négative. Mais il n'en est pas toujours ainsi : dans quelques cas rares, chez un malade atteint d'un chancre infectant, l'auto-inoculation de ce chancre est suivie d'un résultat positif. Voici quelques faits à l'appui de cette assertion.

I[er] FAIT. — Nous avons dit plus haut (p. 245) que M. Rodet voulant vérifier les assertions des *syphilisateurs*, pratiqua sur un malade de l'Antiquaille, à Lyon, de nombreuses inoculations expérimentales. — Une première série, avec le produit de secrétion du chancre que le malade portait en entrant à l'hôpital ; une deuxième et une troisième série, avec du pus chancreux recueilli sur différents malades couchés dans le même service.

Pendant le cours de cette expérimentation, qui dura plusieurs mois, le malade eut les symptômes les mieux caractérisés de la syphilis constitutionnelle (roséole, syphilide papuleuse, etc.). « L'existence de la syphilis constitutionnelle ne pouvant plus être révoquée en doute », dit M. Rodet, le malade fut soumis à un traitement mercuriel, etc. — (*Gazette méd. de Paris*, 1852, p. 608.)

Il est incontestable que, chez le malade de M. Rodet, la syphilis constitutionnelle a eu pour point de départ, ou le chancre qu'il portait en entrant à l'hôpital, ou ceux qui lui ont été inoculés. — Or, avec les chancres de chacune de ces séries d'inoculations, M. Rodet a pu pratiquer, sur le malade soumis à la syphilisation, plusieurs inoculations itératives : il a donc produit, dans quelques-unes de ces expériences, une inoculation itérative positive avec le pus d'un chancre infectant.

II[e] FAIT. — Au mois de juin 1854, un malade de notre dispensaire portait depuis un mois, un chancre induré du limbe du prépuce :

« La couleur grise de cette ulcération nous fit penser qu'elle serait encore inocu-

(1) Le mot *syphilisé* est toujours employé par nous dans son sens réel et synonymique, celui dans lequel il a été pris par l'illustre Broussais, qui a écrit : «... Il faudrait démontrer que des « personnes non *syphilisées* peuvent communiquer à d'autres des phénomènes véritablement « syphilitiques, etc. » *Commentaires des propositions de pathologie*, t. I, p. 434.

lable. Nous pratiquâmes avec la lancette une inoculation sur le milieu de la face dorsale de la verge.... L'inoculation fut faite le lundi, et le malade se présentait le vendredi suivant, avec une pustule à laquelle succéda une ulcération qui, plus tard, prit les dimensions d'une pièce de un franc, étendue qu'elle ne dépassa pas d'ailleurs. Ce chancre d'inoculation ne fut cicatrisé qu'après un mois et demi d'un traitement exclusivement local. A aucun moment de sa durée, ni après sa cicatrisation, ce chancre d'inoculation ne présenta l'induration pathognomonique du chancre infectant, induration si manifeste sur le chancre préputial de ce même malade » (1).

III[e] Fait. — Au mois d'octobre 1855, chez un malade de l'hôpital du Midi (service de M. Ricord), atteint d'un chanche infectant du pénis et de syphilis constitutionnelle (syphilide papuleuse, iritis, etc.), une inoculation fut pratiquée sur le bras gauche du malade avec le virus recueilli sur le chancre infectant génital. Il en résulta une ulcération rappelant, par son aspect et la non-induration de sa base, les cas les mieux types du chancre non infectant (2).

IV[e] Fait. — M. Bassereau a cité le fait d'une inoculation positive obtenue sur un malade atteint d'un chancre infectant de la lèvre inférieure, inoculation qui fut faite avec le pus du chancre labial. — « Dans un des exemples des chancres de la lèvre (chez un malade atteint de syphilide papuleuse), j'ai constaté, dit M. Bassereau, par l'inoculation faite sur le malade lui-même, les propriétés contagieuses du pus de l'ulcération qui, recouverte d'une croûte brunâtre, ressemblait bien plus à une pustule d'ecthyma qu'à un chancre. » (*Ouv. cité*, p. 297.)

V[e] Fait. — (3) « Un malade était entré à l'hôpital avec un *chancre induré* de deux mois, non encore cicatrisé, et avec tous les symptômes d'une syphilis constitutionnelle commençante. J'inoculai à ce malade le pus de son chancre : il se produisit des pustules abortives. Je continuai à inoculer tous les trois jours le pus des dernières pustules produites, et, à dater de la sixième génération, j'eus de petits ulcères; puis, plus tard, par de nouvelles inoculations, la force du pus devint encore plus grande, et j'ai obtenu enfin des chancres parfaitement bien caractérisés. »

VI[e] Fait. — Le 21 du mois de janvier 1865, une jeune fille *insoumise*, Adèle T., est envoyée à Saint-Lazare pour y être traitée de *chancres multiples* des organes génitaux. — Ces chancres, au nombre de quatre, ont pour siége : le pli génito-crural, à droite ; — la face interne de la petite lèvre droite ; — le bord antérieur de la grande lèvre du même côté; — le périnée.

Les ganglions de l'aine, à droite et à gauche, sont tuméfiés et indolents.

Le col utérin, le vagin et l'anus, ne sont le siége d'aucune affection.

Il n'existe aucune trace de lésions syphilitiques, anciennes ou récentes.

Toutes nos questions à la malade, sur l'époque du début de ses chancres ; sur leur apparition simultanée ou successive, etc., restent sans réponse. Elle avoue s'être livrée à *plusieurs* individus, sans vouloir en dire le nombre.

(1) Nous avons rapporté ce fait dans notre *Mémoire sur le chancroïde* (15[e] fait, p. 20).

(2) M. Nassans, alors interne de M. Ricord, nous dit à cette époque, qu'il avait observé plusieurs cas d'inoculations positives chez les malades inoculés avec le pus de leur chancre infectant.

(3) W. Boeck. — *Recherches cliniques sur la syphilisation.* (*Revue méd.-chirur. de Paris* 1855).

Tous les chancres nous paraissent être à la période d'état : leur aspect, leur forme, le suintement séro-purulent peu abondant, dont ils sont le siége, nous rappellent les cas les mieux typés d'érosions chancreuses que nous ayons observés. — Nous n'hésitons pas à faire écrire au diagnostic : *Chancres infectants multiples*, ne remontant guère au delà d'une douzaine de jours (1).

Nous ordonnons un grand bain, et une cuillerée à soupe de sirop de bi-chlorure d'hydrargyre. — Pas de traitement local.

25 janvier. — L'état récent des chancres, la sécrétion dont ils sont encore le siége, nous donnent l'idée de pratiquer une inoculation. — Elle est faite de la manière suivante :

Avec une épingle *neuve*, chargée sur *tous* les chancres que portait la malade, nous faisons une piqûre à la partie interne et moyenne de la *cuisse gauche*. — Nous rechargeons de nouveau l'épingle sur les ulcérations les plus sécrétantes, et nous la réintroduisons dans la piqûre d'inoculation, en lui imprimant des mouvements de rotation. — Une très-petite quantité de sang paraît sur le point inoculé.

27 janvier. — L'inoculation pratiquée sur la cuisse *gauche* paraît réussir : érythème et tuméfaction de la peau autour de la piqûre. — *Cessation du traitement hydrargyrique.*

30. — L'inoculation de la cuisse gauche a pleinement réussi : persistance de l'aréole inflammatoire ; ulcération de l'étendue d'une lentille recouverte d'une croûte adhérente que nous enlevons ; bords nettement découpés ; fond et bords de couleur grisâtre ; — aspect d'un chancroïde cutané de forme exulcéreuse.

Nous inoculons sur la cuisse droite la sécrétion de l'ulcération de la cuisse gauche.

31. — L'inoculation pratiquée sur la cuisse droite, paraît réussir.

17 février. — Le chancre de la cuisse gauche, et celui résultant de sa réinoculation sur la cuisse droite, sont à la période d'état et présentent l'aspect ecthymateux caractéristique du chancroïde cutané.

22 février. — Apparition d'une roséole sur les parties antérieures du tronc ; et plus tard, syphilide papuleuse lichénoïde générale.

Guérison de tous les chancres dont la malade était atteinte à son entrée, et cela en l'absence de tout traitement local.

Le chancre de la cuisse gauche et celui de la cuisse droite sont encore à la période d'état : couleur grisâtre ; bords taillés à pic. — Nous les touchons tous les jours avec la solution de nitrate d'argent au dixième. — Le traitement hydrargyrique est repris.

4 mars. — Éruptions secondaires lichénoïdes groupées autour des inoculations des cuisses : inoculations qui ne sont cicatrisées que vers le milieu du mois de mars.

Cette observation que nous avons recueillie avec le plus grand soin, et que nous croyons exempte de causes d'erreur, met dans toute son évidence *le fait exceptionnel* de l'inoculation itérative du chancre infectant au malade qui le porte ; et, chose plus importante au point de vue qui nous occupe, celui de la génèse du chancroïde ; elle démontre que l'ul-

(1) Adèle T... est entrée à Saint-Lazare le 21 janvier ; les premiers symptômes généraux, *que nous attendions*, se sont manifestés le 22 février. Il est donc très-vraisemblable que ses chancres ont, en effet, débuté dans la première semaine de janvier.

cère résultant de cette inoculation itérative est réinoculable au même individu, propriété qui est un des caractères les plus importants du chancre simple.

D'autres expérimentateurs ont rapporté des faits d'inoculations positives résultant de l'auto-inoculation du chancre infectant, et quelques-uns d'entre eux ont même formulé le rapport numérique qui existe entre les inoculations négatives et les inoculations positives du chancre infectant, faites dans les conditions dont nous parlons. Ainsi, en 1856, M. A. Fournier, à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, sur 99 auto-inoculations du chancre infectant, n'obtint qu'une inoculation positive sur un malade dont le chancre « *datait de quelques jours.* » (Ricord, *Leçons*, etc., p. 267) (1).

L'année suivante (1857), dans le même hôpital, M. V. Poisson pratiqua 52 fois l'auto-inoculation du chancre infectant, et, chez un malade dont le chancre datait de *neuf jours*, il obtint un résultat positif (*Ibid.*, p. 275.)

M. Rollet, qui a fait un très-grand nombre de réinoculations du chancre infectant, « aurait eu des inoculations positives 6 fois sur 100. »

M. Henri Lee, le premier, parmi les syphiliographes anglais, soutint, après des expériences faites à l'hôpital de Lock, le principe de la non-inoculabilité de chancre infectant (2). Il attribua d'abord ce résultat, non à l'état diathésique du malade, ainsi que nous l'avions dit dans notre travail publié en 1855, mais à l'absence de suppuration dans le chancre, et il avança que le chancre infectant était auto-inoculable « pendant les premiers jours de son existence, et plus tard, si l'on provoquait la formation du pus à sa surface par des topiques irritants » (3).

Un élève distingué de l'honorable M. W. Boeck, de Christiania, M. le docteur Bidenkap, qui a beaucoup inoculé, et beaucoup écrit sur l'inoculation syphilitique, pense, comme Lee, « que la matière transparente du chancre infectant qui ne contient pas de corpuscules de pus, donne généralement un résultat négatif, et que lorsque cette matière devient purulente, par suite d'une irritation artificielle ou spontanée, elle acquiert toutes les propriétés du chancre mou. » (*Gazette des hôpit.*, nov. 1864) (4).

Nous ne saurions trop nous élever contre les assertions de MM. Lee et

(1) Dès 1855, nous avons écrit ce qui suit : « Nous pensons que ces inoculations itératives seraient moins souvent négatives si elles étaient pratiquées plus près du début du chancre infectant. » (*Consid. nouvelles sur le ch. inf.*, p. 10).

(2) *Brit. and Foreign med. chir. Review*, octobre 1856.

(3) *Leçons sur la syphilis*. Trad. du docteur E. Baudot, Paris, 1863, p. 18.

(4) Cette opinion est celle de M. Boeck.

Bidenkap, relatives à la fréquence, et à la cause des auto-inoculations positives du chancre infectant. —Depuis quatre ans, à Saint-Lazare, nous avons maintefois, et avec divers agents irritants (sabine, charpie, cantharides, nitrate d'argent, caustiques, etc.) provoqué la suppuration sur des chancres infectants, et, dans aucun cas, l'inoculation ne nous a fourni les résultats positifs que nos confrères disent avoir si facilement obtenus. — Nous devons ajouter que M. Bidenkap ayant voulu démontrer à Paris, à l'hôpital du Midi, que l'auto-inoculation positive du chancre infectant était, comme il le soutenait, subordonnée aux conditions de sécrétion de l'ulcération, a complétement échoué dans sa démonstration. — D'un autre côté, si nous en croyons un de nos confrère étrangers, M. le docteur Hoffmann (Italie), qui a eu, à Londres, il y a quelques mois, un entretien avec M. Lee sur les inoculations itératives dont nous parlons, M. Lee reconnaîtrait qu'il s'est trompé relativement à la facilité d'auto-inoculation du chancre infectant. — Nous indiquerons, plus loin, les causes d'erreur qui ont pu faire, et peuvent encore faire varier les opinions sur ce point important de syphiliographie. Poursuivons notre démonstration.

B. — *Inoculation du produit de sécrétion des lésions constitutionnelles, aux individus eux-mêmes atteints de ces lésions.* — L'inoculation du virus syphilitique, faite dans ces conditions, produit des résultats identiques avec ceux que l'on observe chez les malades atteints d'un chancre infectant, et qui sont inoculés avec la sécrétion de ce chancre : *dans l'immense majorité des cas, l'inoculation ne donne qu'un résultat négatif.* Mais il n'en est pas toujours ainsi : dans quelques cas, l'inoculation est suivie d'un résultat positif, comme le démontrent les observations suivantes qui nous paraissent exemptes de toute cause d'erreur, et sur lesquelles nous appelons l'attention du lecteur :

OBS. (1) — « Une femme âgée de 25 ans, se présenta à l'hôpital de Saint-Georges, le 21 août 1782, avec des ulcères aux jambes, et *des pustules sur tout le corps.* Son mari, qui était un soldat, lui avait communiqué sa maladie vénérienne en décembre 1781... »

» Pour connaître si ces *ulcères secondaires* étaient contagieux, c'est-à-dire si leur matière produirait les mêmes effets que la matière vénérienne, je la fis inoculer (la femme) avec un peu de matière de ses propres ulcères, et d'une autre matière qu'on tira d'un bubon d'une autre personne à laquelle on n'avait pas encore donné de mercure. — Cette opération fut faite le 18 septembre 1782, *et le* 19, la piqûre où elle fut inoculée avec sa propre matière lui causa de la douleur trois heures après l'inoculation, et le jour suivant, elle s'enflamme un peu. L'autre piqûre n'était point du tout alors enflammée. »

(1) Hunter (*ouv. cité*), *trad. d'Audiberti*, Paris, 1787, p. 310; — *et, trad. de Richelot*, 3e édit., 1859, p. 561.

« *Le 20 septembre, les deux piqûres avaient suppuré, et ressemblaient à une pustule varioleuse; elles s'étendirent considérablement, et furent accompagnées de beaucoup d'inflammation.* Celle qui provenait de sa propre matière, se guérit avec des cataplasmes ordinaires, et des onguents sans mercure; mais l'autre quoique traitée de la même manière, continua dans le même état, accompagnée de beaucoup de douleur et d'inflammation. » (Audiberti) (1).

Obs. (2) — Madeleine M..., âgée de 17 ans, entra au syphilicôme de Turin, le 25 janvier 1851.

« Elle avait des chancres indurés, mais en voie de cicatrisation, à l'orifice vaginal et une syphilide cutanée ecthymateuse sur toute la surface du corps, mais spécialement sur le dos et sur les fesses.

« Le 30 janvier, après avoir enlevé la croûte qui recouvrait une vaste ulcération ecthymateuse du dos, j'y pris du pus que j'inoculai en deux endroits sur la cuisse gauche. Le 5 février, six jours après, il se manifesta deux petites pustules sur les deux points d'inoculation. Le 7, elles sont couvertes de croûtes sous lesquelles se trouve un ulcère superficiel d'une forme irrégulièrement circulaire, donnant seulement un sang noirâtre, et ayant enfin tous les caractères de celui sur lequel le pus avait été pris. »

« *Le* 10, *la pustule ecthymateuse inoculée à la largeur d'un centimètre*, et présente toujours la même croûte noirâtre. »

« On inocule de nouveau, le 10, sur la cuisse gauche du pus fourni par une pustule ecthymateuse qui s'est développée spontanément sur le ventre. Le 17 on voit deux petites pustules, résultat de cette dernière inoculation; *ce même jour on inocule en deux points, sur chaque cuisse, le pus séreux que l'on put recueillir dans les petites pustules qui se sont développées après l'inoculation du* 10. — Quatre jours après, on voit déjà deux petits points rouges sur la cuisse droite, et un sur la cuisse gauche; le jour suivant trois pustules commencent à se développer, et suivent ensuite leur cours ordinaire, en parcourant toutes les périodes par lesquelles avaient passé les pustules précédentes. »

Obs. (3). — Sur une malade de l'hôpital Saint-Louis (juin 1850), atteinte de syphilis constitutionnelle (lésions polymorphes), une pustule d'ecthyma se développe à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche. — Le 17 août (un mois après l'entrée de la malade) inoculation sur les deux avant-bras, du pus de l'ulcère ecthymateux de la cuisse. — Résultat positif.

Obs. (4). — Chez une malade de Lourcine, atteinte de nombreuses papules génitales, une pustule d'ecthyma apparaît à la partie interne et supérieure de la jambe gauche (juillet 1851). M. Richet inocule « la sécrétion roussâtre légèrement opaque » de cette pustule sur la jambe droite de la malade, et obtient une ulcération *dont le pus est inoculé sur le bras droit* (17 juillet), où se développe une pustule qui s'exulcère, et est cicatrisée le 30 juillet.

(1) On verra, plus loin, pourquoi nous insistons sur les détails de la lésion d'inoculation dans ces expériences.

(2) *Sperino. — La Syphilisation*, etc. Trad. de A. Tresal, p. 17.

(3) Cazenave, *Annales des mal. de la peau et de la syphilis.* T. 3, p. 100.

(4) Richet, *obs. citée par* Vidal, *Traité des mal. vén.*, p. 365, 1853.

C. — *Inoculations négatives chez des individus sains.* — On sait qu'il est des individus réfractaires à la vaccine : les inoculations vaccinales pratiquées sur ces individus, ou sont négatives, — ou donnent naissance à l'hybride vaccinoïde. — Quelques faits relatifs à l'inoculation du virus syphilitique tendraient à nous faire croire qu'il est des sujets qui ne sont pas aptes à contracter la syphilis constitutionnelle. — Quoi qu'il en soit, il est certain que dans plusieurs circonstances, l'inoculation du virus syphilitique, sur des individus sains, a été négative : nous savons que M. Puche, à l'hôpital du Midi, a plusieurs fois inoculé le virus du chancre infectant sur des sujets vierges d'antécédents syphilitiques, ou paraissant tels, et n'a obtenu qu'un résultat négatif. L'étude de la contagion des accidents secondaires nous présentera des faits analogues.

Chez les individus réfractaires à l'inoculation du virus syphilitique, de même que chez les sujets réfractaires à la vaccine, nous croyons que le virus peut, dans quelques cas, produire des ulcérations qui restent locales. — M. Sperino a rapporté l'observation (*La syphilisation, etc.*, p. 167) d'une malade chez laquelle l'inoculation du pus d'ecthyma donna lieu à des ulcérations qui ne furent pas suivies d'accidents consécutifs. — Nous verrons des nourrices allaitant des enfants syphilitiques, n'avoir aux seins que des ulcères locaux. — Enfin, quelques faits cliniques, relatifs à la contagion du chancre, dont nous parlerons plus loin, peuvent être interprétés en tenant compte de ces conditions exceptionnelles d'inoculation du virus syphilitique.

4° *Preuves cliniques.* A. — *Faits relatifs à l'auto-inoculation du chancre infectant.* — Nous avons déjà dit, que l'expérimentation appliquée à la pathologie consistait à reproduire artificiellement, les conditions nécessaires à la manifestation de certains phénomènes morbides. — Or, si dans quelques cas, la réinoculation du chancre infectant est suivie d'un résultat positif, il doit arriver parfois, que chez un malade atteint d'un chancre vrai, l'auto-inoculation a lieu spontanément, dans le voisinage de ce chancre, ou sur d'autres régions, par suite du transport accidentel de son produit de sécrétion. Nous croyons avoir constaté ce fait pathologique, et le soin que depuis plus de quinze ans nous avons mis à le rechercher, nous autorise à soutenir qu'il se produit très-rarement (1). En voici deux exemples :

Obs. — En 1854, au mois de juin, un élève en médecine, M. Estève, amena

(1) Il est possible, qu'un certain nombre de cas de simultanéité de chancres infectants et de chancroïdes sur une même région, que nous sommes toujours disposés à attribuer à une double contagion, ne soient que le résultat d'une auto-inoculation spontanée du chancre infectant. Dans cette hypothèse, le fait dont nous parlons serait moins rare que nous le ne disons.

à notre dispensaire un malade qui portait sur la partie latérale droite du scrotum un chancre *induré type*, encore à la période d'état; chancre qui fut suivi d'une syphilide papuleuse des plus confluentes. — Pendant la durée de ce chancre, le malade n'ayant pris aucune précaution pour l'isoler des parties voisines, la peau du pénis, dans le point correspondant au chancre du scrotum, s'inocula accidentellement. Il en résulta une ulcération de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, dont la cicatrisation ne fut obtenue qu'après trois semaines de traitement. Cette ulcération, à aucun moment de sa durée, ni après sa guérison, ne présenta la moindre induration, induration qui existait à un haut degré à la base du chancre du scrotum (1).

Obs. (2) — Le 17 août 1841, un jeune homme de dix-huit ans, vierge d'antécédents syphilitiques, le nommé Mel..., entra à l'hôpital du Midi pour y être traité d'un chancre infectant de forme phagédénique, contracté le 16 juillet et siégeant dans l'angle péno-scrotal. « ... Sur la peau des bourses, constamment souillée par la matière purulente que fournissait l'ulcère péno-scrotal, il se forma plusieurs petites ulcérations folliculaires.... Elles sont, ainsi que nous l'avons dit, le résultat de l'action infectante du pus virulent qui s'écoule de l'angle péno-scrotal. »

« Le 1er septembre, la peau qui, depuis huit jours, paraissait légèrement maculée, offre une éruption polymorphe et particulièrement vésiculo-pustuleuse. »

B. — *Contagion syphilitique itérative chez les syphilisés.* — Parmi les individus qui ont eu la syphilis constitutionnelle, et qui s'exposent de nouveau à la contagion du *chancre infectant*, il en est chez lesquels cette contagion itérative, comparable en quelque sorte à une revaccination qui produirait une vaccinoïde, détermine un ulcère qui reste local, et dont *tous les caractères sont ceux du chancroïde ;* caractères sur lesquels nous reviendrons un peu plus loin : établissons d'abord la réalité du fait que nous signalons ici.

Ier Fait. — En 1846, nous avons traité de la *syphilis constitutionnelle* un jeune homme, M. X..., fils d'un négociant de Paris. Ce jeune homme s'est marié en 1853.

Vers les premiers jours du mois de juillet 1855, il vint réclamer nos soins, et nous constatâmes ce qui suit :

Le malade portait sur le gland *six* ulcérations, de 3 à 4 millimètres d'étendue, de couleur grisâtre, à bords taillés à pic, sans induration à leur base, et ayant une telle ressemblance avec le chancre simple, que nous n'hésitâmes pas un moment à rapporter ces ulcérations à une contagion récente. Notre premier soin fut donc de de-

(1) Nous avons rapporté ce fait d'auto-inoculation dans notre *Mémoire sur le chancroïde* (14e fait, p. 19). Il a été mentionné por M. le docteur Vivien (*Thèse citée*, p. 20), qui l'avait observé à notre dispensaire.

M. C. H. Leroux dit, dans sa *Thèse inaugurale :* (*a*) « Chez les quatre femmes qui portaient des chancres indurés sur les grandes et les petites lèvres, il est noté que ces ulcérations s'étaient inoculées dans les points correspondants de la lèvre opposée. » (P. 19.)

(2) Ricord, *Clinique iconographique*, pl. X. — En lisant l'observation qui accompagne cette belle planche, il est difficile de ne pas y voir un exemple de chancre infectant réinoculé spontanément. Cependant, l'aspect du chancre péno-scrotal, rappelle les meilleurs types du chancroïde de forme ulcéreuse.

(*a*) *Une année à l'hôpital de Lourcine.* — Paris, 1855.

mander au malade (que nous savions être marié) s'il avait eu des rapports sexuels avec d'autres femmes que la sienne. Sur sa réponse nettement et *vigoureusement* négative, nous le rassurâmes sur la nature de son affection, tout en conservant notre opinion sur l'origine contagieuse de ses ulcérations.

Quinze jours environ après cet examen, M. X..., sur notre invitation pressante, conduisit sa femme auprès de nous. Elle portait sur la grande lèvre droite une excoriation de l'étendue d'une pièce de deux francs, dure à sa base, accompagnée d'engorgements ganglionnaires dans les deux aines, c'est-à-dire un chancre infectant qui fut suivi d'une syphilide pustuleuse (1).

II[e] FAIT. — « En 1844, entra à Lourcine, salle Saint-Ferdinand, n° 5, la nommée X..., pour se faire traiter de plaques muqueuses recouvrant toute la région ano-vulvaire. Un mois et demi auparavant, elle eut des rapports, *à la même époque*, avec deux jeunes-gens, et leur donna à tous deux un chancre. A l'un, ce fut un chancre induré : il était vierge d'accidents syphilitiques; l'autre eut un chancre simple : c'était un étudiant en médecine qui nous fit savoir qu'il avait déjà eu la vérole. » (J.-R. Vivien, *Thèse citée*, p. 20.)

III[e] FAIT. — « Vers le mois de septembre 1852, un de mes amis, sous le coup d'une diathèse syphilitique, me consulta pour un ulcère du frein à tendance phagédénique. Il m'apprit qu'un autre jeune homme, qui avait eu *le même jour* des rapports avec la même femme, portait aussi presque au même endroit un ulcère moins étendu et moins douloureux, qu'après examen, je reconnus manifestement pour un chancre induré... » Chancre qui fut en effet suivi d'accidents constitutionnels... La femme cause présumée de la contagion portait à la fourchette une ulcération ayant tous les caractères du chancre induré : elle eut plus tard des lésions secondaires. Les autres points des organes génitaux (vagin, col utérin, etc.), explorés avec soin, ne présentèrent aucune altération (2).

IV[e] FAIT (3). — « Un de mes anciens malades que j'avais traité pendant plusieurs mois, dans mon service, en 1843, pour un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels (roséole, papules muqueuses buccales, etc.), eut des rapports avec une fille publique dans le courant de mai 1856. — Quelques jours après le coït, un double chancre se manifesta sur le prépuce, l'un sur la face cutanée, et l'autre sur la face muqueuse de cet organe.

« Lorsque le malade se présenta à notre examen, les chancres dataient de dix jours environ. Ils présentaient la largeur d'une pièce de cinquante centimes; leur base était exempte de toute dureté; ils étaient même remarquablement souples, dépourvus de toute rénitence inflammatoire. — Les glandes de l'aine gauche étaient légèrement tuméfiées et douloureuses. — Le malade, attentivement suivi, n'a présenté jusqu'à ce jour aucun accident nouveau de syphilis.

« Pendant que nous guérissions notre malade au Midi, mon interne recherchait et trouvait la femme qui nous était indiquée comme origine de la contagion. Or, savez-vous ce qu'il constatait sur cette femme? Un chancre induré type de la grande lèvre,

(1) Nous avons mentionné cette observation dans notre *Réponse à quelques points du rapport de M. Cullerier, etc.*, p. 8.

(2) L. Maratray, *De la syphilis primitive ou locale, et de l'unicité du virus syphilitique.* Thèse, Paris. 1854, p. 29.

(3) Ricord, *Leçons sur le chancre*, p. 171.

avec une induration énorme, chondroïde; chancre qui fut suivi d'accidents constitutionnels.

« Voilà donc, en résumé, un sujet syphilitique qui reçoit un *chancre à base molle* d'une femme affectée d'un chancre induré; voilà, en d'autres termes, une inoculation de chancre induré produisant un chancre mou sur un sujet préalablement vérolé. »

V[e] FAIT. — « La fille L... fut affectée, en juin 1856, d'un chancre induré... En septembre, une roséole confluente lui couvrit le corps... Dans les derniers jours de juin, l'un de mes anciens malades, que j'avais traité en 1842 pour un chancre infectant suivi d'accidents constitutionnels, eut des rapports avec cette fille L..., et contracta un double chancre de la verge, l'un sur le frein, l'autre sur le prépuce. Ces deux chancres restèrent *absolument dépourvus d'induration;* leur base demeura souple. Les ganglions inguinaux ne furent point affectés, et, en l'absence de toute médication spécifique, aucun accident constitutionnel ne se manifesta. » (*Ibid.*, p. 172.)

Ainsi, dans les observations que nous venons de rapporter, *cinq* individus ayant eu la syphilis constitutionnelle, exercent le coït avec des femmes atteintes de chancres infectants, et contractent des ulcérations génitales à *base molle*, et qui restent locales.—D'autres individus, vierges d'antécédents syphilitiques, sont contaminés par quatre de ces mêmes femmes : ils ont des chancres qui s'indurent, et qui sont suivis d'accidents généraux. — En d'autres termes, chez les syphilisés, le virus n'a produit qu'une ulcération locale, et chez les individus sains, une ulcération qui a été suivie d'infection constitutionnelle.

C. — *Contagion syphilitique chez les individus réfractaires à la syphilis.* Nous avons dit plus haut, qu'il existait dans la science plusieurs faits authentiques d'inoculations négatives du virus syphilitique, chez des individus sains, et que ces faits tendraient à faire supposer qu'il est des sujets réfractaires à la syphilis (1). — D'un autre côté, on sait que chez les individus réfractaires à la vaccine, l'inoculation du virus-vaccin a fait naître parfois la vaccinoïde. Il est donc permis de supposer que, dans quelques cas, l'inoculation accidentelle du virus syphilitique, chez les individus qui ne sont pas aptes à contracter la syphilis constitutionnelle, peut déterminer la formation de l'hybride chancroïde ; et l'on comprendrait qu'une même femme atteinte, par exemple, d'un chancre infectant, et ayant des rapports sexuels avec deux individus, vierges d'antécédents syphilitiques, communiquât à l'un, la syphilis, et à l'autre un chancroïde. —M. le docteur Rey, de Grenoble, a rapporté une observation qui suffirait pour démontrer qu'il peut en être ainsi, si elle n'est pas entachée de l'une des causes d'erreur dont nous parlerons plus loin (*Pronostic*), erreurs

(1) Nous rapporterons ces faits en traitant la question de la contagion des lésions consécutives de la syphilis.

qui, il faut bien le dire, annihilent bon nombre de faits relatifs aux contagions syphilitiques. — Voici le résumé de cette observation :

Obs. — » Deux jeunes gens de dix-sept à dix-huit ans, bien déterminés à éliminer l'inconnue qui tourmente cet âge, s'adressèrent à une jeune personne préparée à ce genre de problèmes. Mais, dans le combat, les deux vainqueurs furent blessés. —Douze ou quinze jours après l'action, j'étais appelé à constater *de visu* les dégâts survenus dans les rangs des parties belligérantes. — Le premier blessé portait sur le prépuce un chancre induré, unique, accompagné de la pléiade ganglionnaire indolente consacrée... Le second était atteint de *quatre* chancres en pleine activité et d'une mono-adénite inflammatoire. »

« Chez la femme, je reconnus un magnifique chancre induré de la fourchette avec une double adénite indolente multiple, *et malgré mes investigations minutieuses et réitérées*, il me fut impossible de rien reconnaître de plus dans aucun des points de l'organe soumis à un examen le plus attentif. » (Pas d'examen au spéculum.)

... Le malade atteint d'un chancre induré, et la jeune femme, eurent plus tard des accidents constitutionnels... « Quant au deuxième blessé, après six mois et demi, rien de semblable ne s'est encore manifesté (1). »

Résumons en quelques lignes les expériences et les faits cliniques dont nous venons de parler.

L'inoculation artificielle ou accidentelle du chancre infectant, sur un malade atteint d'un chancre de cette espèce, est suivie parfois d'un résultat positif : Faits de MM. Rodet, Clerc, Ricord, Bassereau, Boeck, Rollet, Fournier, Poisson.

Il en est de même du virus recueilli sur les lésions constitutionnelles, et inoculé aux malades atteints de ces lésions : Faits de Hunter, de MM. Sperino, Cazenave, Richet.

Les individus qui ont eu la syphilis constitutionnelle, et qui exercent le coït avec des femmes atteintes d'un chancre infectant, contractent parfois des chancres qui ne s'indurent pas, et ne sont pas suivis d'infection constitutionnelle : Faits de MM. Clerc, Vivien, Maratray, Ricord.

Le virus du chancre infectant peut produire des chancres locaux chez les individus réfractaires à la syphilis : Fait de M. Rey.

Ces faits, nous permettent donc de conclure rigoureusement, que *chez les individus syphilisés, l'inoculation itérative du virus syphilitique est parfois suivie d'un résultat positif.*

Cette proposition semble, de prime abord, en contradiction avec celle que nous avons émise dans notre paragraphe sur le diagnostic du chancre infectant, à savoir, que le chancre infectant, dans la très-grande majorité des cas, ne s'inocule pas au malade qui le porte, ni à ceux qui ont eu la sy-

(1) *Cas de chancre induré et de chancre simple transmis l'un et l'autre par un chancre induré. — Gazette médicale de Lyon*, 1858, p. 327.

philis constitutionnelle. —Cette contradiction n'est qu'apparente : en effet, les mêmes phénomènes se produisent dans d'autres maladies virulentes (variole, cowpox, vaccine); les inoculations itératives chez les diathésés, sont généralement négatives, mais il arrive parfois qu'elles sont suivies d'un résultat positif. — Il en est de même de l'inoculation itérative du virus syphilitique chez les syphilisés : le résultat négatif, — la non-réussite de l'inoculation, est la règle, c'est-à-dire, le fait général; — l'inoculation positive constitue le fait exceptionnel; — circonstance qui n'ôte à ce fait rien de sa valeur ou de sa réalité.

Mais quelle est la lésion produite dans ces inoculations itératives positives du virus syphilitique, dont nous venons, plus haut, de citer des exemples? Une *ulcération* dont les caractères doivent nous arrêter un moment. — Cette ulcération ne s'indure pas ; — elle reste locale ; — son aspect est celui de l'ulcération appelée chancre non infectant, chancre simple, chancre mou, etc., à tel point que, de l'aveu de M. Ricord, il n'est pas possible de la différentier *de visu*, de cette ulcération ; — elle est inoculable au malade qui la porte (faits de MM. Rodet, Clerc, Boeck, Sperino, Richet); en d'autres termes, elle est contagieuse.

La *nature* de cette ulcération ne saurait être mise en doute : il est de toute évidence qu'elle est syphilitique, puisque sa cause n'est autre que le virus syphilitique lui-même, inoculé dans des conditions particulières. — Quant à la transmission de cette affection à d'autres individus, c'est là une question importante, et sur laquelle nous devons nous arrêter.

Dans l'étude des maladies virulentes, il ne faut pas confondre le fait de la formation des hybrides, avec le fait de leur transmission. C'est pour n'avoir pas fait cette distinction qu'une certaine confusion s'est introduite dans la question que nous agitons.

Nous savons que la varioloïde et la vaccinoïde, inoculées à des individus sains, se transmettent en conservant leur caractère hybride ou local, — ou bien, en reproduisant la variole, et la vaccine vraie. — En est-il de même de la lésion qui résulte de l'inoculation itérative du virus syphilitique chez les syphilisés, et que nous croyons être l'hybride de la syphilis?

Pour le savoir, il est de toute évidence, qu'il faudrait inoculer cette lésion à un certain nombre d'individus sains : le résultat de ces inoculations pouvant seul donner une réponse satisfaisante et définitive, à la question que nous venons de poser. Or, nous l'avons déjà dit, les inconvénients et les dangers inhérents aux inoculations syphiliques chez les individus sains, nous ont arrêté dans cette vérification. — Nous ne connaissons dans la science qu'une seule inoculation expérimentale ayant

trait à cette vérification : elle appartient à Melchior Robert. La voici, en résumé :

Obs. — 22 mars 1858. —Sur un malade de la salle Saint-Paul : « Chancre induré très-volumineux, derrière le gland à droite ; adénites multiples à droite, inguinales et bilatérales. — Chancre induré exubérant à la lèvre supérieure, près de la commissure droite ; adénite sous-maxillaire droite très-volumineuse, douloureuse et subenflammée ; roséole discrète (invasion datant de deux mois). »

« Le 25, inoculation à la cuisse gauche du malade du pus emprunté au chancre du gland.... » L'inoculation réussit : papule légère, puis pustule, et enfin ulcération taillée à pic et très-enflammée.

« Le 31 mars, M. C..., étudiant en médecine, atteint d'un chancre simple et d'un bubon, voulant vérifier sur lui-même expérimentalement la doctrine du chancroïde à laquelle je l'avais initié dans mes cliniques, s'inocule le pus de cette ulcération. »

Le 3 avril, pustule sur la cuisse gauche, bientôt remplacée par une ulcération en emporte-pièce qui, au 14 avril, a atteint de grandes dimensions et est très-enflammée. »

« La base de cette ulcération reste molle jusqu'au 22 avril, époque à laquelle j'aperçois une légère induration. »

« Le 2 mai, la cicatrisation est presque complète et l'induration est assez prononcée.... »

Le 10 juin, adénites cruro-inguinales multiples ; adénite post-cervicale, ulcération gutturale ; syphilide papuleuse générale. (*Quelques consid. sur l'auto-inocul. du chancre infectant.* — 1862).

Melchior Robert a conclu de cette observation « que le chancroïde né du chancre induré, peut très-bien donner le chancre infectant ; » mais notre regretté confrère se trompe en considérant ce fait comme étant opposé à la théorie étiologique de l'hybridité du chancroïde, théorie qu'il n'a paru connaître que bien imparfaitement. — En effet, dans notre *Mémoire sur le chancroïde*, nous avons écrit ce qui suit :

« Il est d'une haute importance de rechercher si dans quelques conditions « exceptionnelles, le chancroïde, inoculé sur des constitutions vierges, « reproduirait le chancre induré ou infectant, comme nous voyons par- « fois, et exceptionnellement aussi, la varioloïde et la vaccinoïde, inoculées « dans ces mêmes conditions, reproduire la variole et la vaccine vraie. » (P. 21.)

Un peu plus tard (1855), lorsque M. Cullerier nous objectait qu'il avait vu le chancroïde d'un malade, communiquer un chancre infectant, nous disions :

« Dans cette observation en litige nous serions presque tenté de désirer « qu'il n'existât pas de cause d'erreur et que M. Cullerier eût raison contre « nous, car seule elle jugerait un point de doctrine bien important, celui « de l'origine syphilitique du chancre non infectant, puisque ce fait serait « un exemple de chancroïde ayant donné lieu à la vérole constitutionnelle. »

(*Réponse*, etc., p. 6.) En effet, la régénération du chancre vrai, par l'inoculation ou la contagion accidentelle du chancroïde, est un fait contraire à la théorie dualiste qui considère le chancroïde comme étant étranger à la syphilis, mais non point un argument contre la théorie de l'hybridité du chancroïde que nous soutenons.—Dirait-on qu'un fait de régénération de la variole par l'inoculation de la varioloïde, prouve que la varioloïde n'est pas une affection de nature varioleuse? — ou bien, que la régénération de la vaccine vraie par l'insertion de la vaccinoïde, établit que le virus de la vaccinoïde n'est pas celui de la vaccine? — Évidemment non, car ces faits constituent les meilleures preuves de l'identité de la cause qui produit la variole et la varioloïde, — et de l'identité des virus de la vaccine et de la vaccinoïde (1).

Non, les faits de reproduction du chancre vrai par le chancroïde, ne sont pas opposés à la théorie de l'hybridité : cette théorie avait annoncé la possibilité de pareils faits, et provoqué leur recherche, parce que des faits analogues se produisent dans la transmission des hybrides vaccinoïde et varioloïde.

Là n'est donc pas le point vulnérable, le côté faible, de la théorie étiologique qui nous occupe : ce qui manque encore à sa démontration pleine et entière, c'est, ainsi que nous le disions plus haut, une série d'inoculations pratiquées sur des individus sains, avec le produit de sécrétion de la lésion résultant d'une inoculation itérative du virus syphilitique chez les syphilisés, et démontrant que cette lésion, analogue à la vaccinoïde et à la varioloïde, se transmet tantôt en conservant son caractère hybride et local, — tantôt en produisant dans toute sa plénitude la maladie d'où elle tire elle-même son origine, c'est-à-dire la syphilis constitutionnelle. — Ce criterium fourni par l'expérimentation manquant à notre démonstration, nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître que la théorie de l'hybridité du chancroïde est encore à l'état d'hypothèse étiologique.

Le chancroïde étant considéré dans cette théorie comme une manifestation ou une *modalité* du virus syphilitique, devait rencontrer parmi ses adversaires les partisans de la doctrine dualiste.

M. Diday, le premier, dans un travail publié en 1855 (2), soutint que l'ulcération résultant d'une inoculation itérative du virus syphilitique, chez des sujets préalablement vérolés, n'était pas le chancre simple.

Nous admettons, disait M. Diday, que l'inoculation itérative du virus

(1) Notre communauté d'idées ou d'opinions avec les syphiliographes dualistes sur certains faits relatifs au chancroïde (transmission, état local), nous a presque toujours fait ranger parmi les dualistes par les critiques, — souvent plus soucieux d'une argumentation qui leur donne facilement raison, que de la simple recherche de la vérité.

(2) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, p. 325.

syphilique chez les diathésés produise une ulcération locale, un chancroïde. Mais tous les chancres locaux n'ont pas cette origine, c'est-à-dire ce mode de formation : il est des cas nombreux dans lesquels le chancre local d'un malade provient d'un autre chancre local. Or, le chancre transmis dans ces conditions n'est pas un chancroïde, mais un chancre mou, celui que connaissaient les médecins de l'antiquité, celui des dualistes, enfin. Cela est si vrai, ajoutait M. Diday, que ni le chancroïde, ni la vaccinoïde ne se transmettent aux individus sains sous la forme de chancroïde et de vaccinoïde. — D'où il concluait qu'il existe *trois* sortes d'ulcérations génitales contagieuses : le chancre infectant, le chancroïde et le chancre mou; ulcérations que M. Diday a proposé, plus tard, de désigner sous les noms de *chancre induré*, *chancre induroïde* et *chancrelle* (1).

Nous répondrons à notre habile contradicteur :

1° Qu'il confond le fait de la formation des hybrides, avec le fait de leur propagation, c'est-à-dire de leur transmission comme hybrides;

2° Qu'il est en opposition avec tous les vaccinateurs, lorsqu'il nous objecte que la vaccinoïde, comparée par nous au chancroïde, ne se transmet pas aux individus sains sous la forme de vaccinoïde.

L'opinion émise par M. Diday sur la non-identité du chancroïde et du chancre simple, a été développée avec talent par un de ses élèves, M. Achille Dron, dans sa dissertation inaugurale (2). Mais, notre jeune confrère en syphiliologie, en soutenant que le chancroïde, dont il admet l'existence, et le chancre simple, sont des affections distinctes, n'a nullement songé à le prouver, — en démontrant : 1° que la *cause* de ces ulcérations est différente; 2° que leur symptomatologie n'est pas la même; 3° que leur diagnostic différentiel est possible.

M. Rollet a pensé qu'il était plus simple de trancher la difficulté en niant l'existence de l'hybride chancroïde, et il a donné des faits cliniques et des expériences qui se rattachent à la pathogénie de cette affection, une interprétation nouvelle qui est la suivante :

Il existe une ulcération contagieuse et inoculable, qui réunit les caractères et les propriétés du chancre infectant et du chancre simple; cette ulcération, méconnue jusqu'à présent, est le CHANCRE MIXTE : chancre formé par la réunion accidentelle des deux virus dans une même lésion, « par la superposition des deux chancres, » ou, si l'on veut, par la *fusion* du chancre antique et du chancre moderne. — Ce chancre mixte a pris une existence individuelle, c'est-à-dire, a acquis la fixité des espèces mor-

(1) M. Diday, en faisant dériver le mot *chancrelle*, du mot *varicelle*, préjuge une question qui n'est pas résolue, celle de savoir si la varicelle est, ou n'est pas, une affection étrangère à la variole.

(2) *Du double virus syphilitique.* — Paris, 1856.

bides, et constitue ainsi une troisième espèce d'ulcération génitale, contagieuse et inoculable. — Mais, comme le virus du chancre infectant, et celui du chancre simple, existent dans le chancre mixte, il en résulte que l'inoculation accidentelle ou artificielle de ce chancre peut faire naître ou un chancre simple ou un chancre infectant.

Il est facile de préjuger tout le parti que M. Rollet et ses élèves, ont tiré du chancre mixte : son intervention dans les théories ou les faits relatifs au chancre infectant et au chancroïde, simplifie tout, en expliquant tout, et rend même toute contradiction ou toute recherche ultérieure inutile. Il est vrai « que le nouveau venu semble renverser toutes les données du diagnostic des deux chancres, et nous plonger dans le chaos, » suivant la remarque de l'un de ses plus zélés partisans, M. Louis Naudet (1), ce dont nous convenons facilement avec lui. — Heureusement, la syphiliologie n'est pas encore plongée dans de pareilles ténèbres, car le chancre mixte, né du besoin d'interpréter certains faits contraires à la théorie dualiste, et donné comme une explication hâtive de quelques observations opposées à cette théorie, n'existe réellement que dans l'imagination de ses auteurs : assertion dont nous allons fournir les preuves.

Comme il n'est pas de méthode plus sûre, dans l'examen de la valeur d'une idée, que celle qui consiste à remonter à la source de cette idée, pour la suivre ensuite dans ses développements, et dans ses applications, nous examinerons d'abord comment est née l'idée de l'existence d'une lésion qui serait à la fois un chancre infectant et un chancre simple, c'est-à-dire, un chancre mixte.

En 1856, un an après la publication du travail dans lequel nous annoncions que le chancre infectant n'est que très-exceptionnellement inoculable au malade qui le porte, tandis que le chancre simple est toujours auto-inoculable, M. Rollet écrivait (*Gazette méd. de Lyon*, *octobre*, 1856) que l'inoculation expérimentale ne pouvait en rien éclairer le diagnostic des deux chancres, car « ces deux ulcérations se comportent de la même manière à l'inoculation. » (P. 356.) — Mais, pendant le cours des années 1857 et 1858, M. Rollet s'étant livré à des inoculations comparatives, modifiait son opinion sur ce point, et reconnaissait que le chancre infectant n'était auto-inoculable que six fois sur cent (*Recherches cliniques et expér. sur la syphilis*, p. 39). — Puis, d'inoculations en inoculations, de progrès en progrès, notre savant confrère a fini par conclure que ni le chancre infectant, ni aucune des lésions syphilitiques constitutionnelles n'étaient auto-inoculables, et que cette propriété ap-

(1) *Études clin. et exp. sur les diverses espèces de chancres et particulièrement sur le chancre mixte.* Thèse; Montpellier, 1863, p. 143.

partenait exclusivement au chancroïde. (*Traité des mal. vén.*, p. 550 et suiv.).

Quelle interprétation fallait-il donc donner des cas de réinoculation du chancre infectant cités par les auteurs, et constatés six fois sur cent, par M. Rollet lui-même? — La voici : — Le chancre infectant réinoculable est toujours un chancre mixte, c'est-à-dire, un chancre infectant sur lequel a été accidentellement greffé un chancre simple; — ou bien, un chancre qui a été mixte d'emblée, c'est-à-dire qui a été transmis au malade qui le porte, par un autre malade atteint lui-même d'un chancre mixte, car M. Rollet « a acquis la preuve que par le fait de son développement accidentel, mais répété d'âge en âge, le chancre mixte a fini par « exister comme espèce distincte, c'est-à-dire, comme un chancre naissant « d'un autre chancre semblable à lui. » (*Recherches*, etc., p. 38.)

D'un autre côté, tous les faits relatifs à la transmission des deux chancres, et dans lesquels un chancre infectant a *paru* naître d'un chancroïde, — ou celui-ci d'un chancre infectant, — ne seraient que des faits de transmission d'un chancre mixte.

M. Rollet a été conduit à cette généralisation par les faits suivants sur lesquels nous appelons toute l'attention du lecteur.

Obs. (1). — « Un jeune homme de vingt ans est affecté depuis un mois d'une blennorrhagie, d'un chancre du méat *légèrement induré* (2), et d'aspect infectant, accompagné, *quinze jours plus tard*, de céphalée, de roséole et de douleurs rhumatoïdes; — le sillon balano-préputial est couvert de petites ulcérations chancreuses, souples s'il en fut jamais. — (De quand dataient ces ulcérations?) — Les ganglions de l'aine sont d'un petit volume, mais mobiles et indurés. »

» M. Rollet, pour confirmer ce diagnostic, nous fit inoculer sur la cuisse gauche du malade le pus du chancre infectant, et sur la cuisse droite celui des ulcères simples. — Le résultat fut positif de part et d'autre. »

« Nous pensâmes alors que la suppuration de ces derniers avait dû être portée sur l'ulcération du méat et y avoir été recueillie par notre lancette; aussi, attendîmes-nous que les chancres de la rainure fussent complétement cicatrisés, pour de nouveau, trois jours après, inoculer le chancre infectant, après l'avoir, à plusieurs reprises, touché avec le nitrate d'argent solide. — Contre notre attente, la pustule chancreuse fut encore obtenue (3). »

Telle est l'observation qui donna à M. Rollet la première idée de l'exis-

(1) L. Laroyenne. — *Études expérimentales sur le chancre.* Annales de la syphilis par MM. Diday et Rollet. 1859, p. 248.

(2) Sous la plume de M. Nodet, l'induration est devenue « une *induration type.* » (*Thèse citée*, p. 83).

(3) Il nous serait facile de relever dans cette observation tout ce qui lui manque pour constituer un exemple d'un chancre infectant du méat, *devenu* mixte, par suite d'une inoculation accidentelle des chancroïdes du sillon, car nous y voyons, nous, un simple fait de chancroïdes du méat et du sillon, chez un individu atteint d'une syphilis constitutionnelle récente, dont le point de départ n'a pas été recherché ou reconnu; — mais cette discussion est rendue inutile par les faits qui vont suivre.

tence du chancre mixte, et le conduisit à instituer les expériences suivantes qui lui semblent en être la confirmation, et que nous rapporterons textuellement..... « Il suffisait de déposer, sur une ulcération infectante, le pus provenant d'un chancre simple, et l'attestation de l'existence d'un chancre *mixte* serait fournie par la naissance de la pustule chancreuse. » (Laroyenne, *loc. cit.*, p. 249.)

Obs. — « M. Pieri, depuis *trois semaines*, chancre induré du méat, adénite multiple, inoculation sans résultat. — 14 septembre, le pus d'un chancre simple est déposé sur sa surface. — 15, pansement avec le vin aromatique, bains locaux, attouchement avec le crayon au nitrate d'argent. — 19, nouvelle inoculation. — *Pustule chancreuse.* »

Obs. — « L. Jean, ulcère induré, *presque cicatrisé*, pléiade multiple et indolente. Traitement général, et traitement local avec le vin aromatique. Inoculation négative. — 18 novembre, le pus d'un chancre simple est mis en contact avec cette ulcération. — 19, continuation du traitement. — 25, nouvelle *inoculation, cette fois positive.* »

Obs. — « M. Robert, chancre parcheminé du fourreau, existant depuis cinq jours. — 11 décembre, inoculation sans résultat, pansement avec le cérat au calomel opiacé. — 16, application de virus chancreux simple. — 17, même pansement. — 22, *inoculation positive.* »

Obs. — « M..., Pierre, chancre infectant *d'un mois et demi*, occupant les trois quarts de la circonférence du sillon. — 11 décembre, inoculation sans résultat. — 16, transport du virus d'un chancre simple. — 17, pansement avec le cérat au calomel opiacé. — 22, *inoculation positive.* »

M. Diday a déjà fait remarquer (1) que dans ces observations, l'absence de toute description de la lésion résultant de la réinoculation des chancres infectants « chancrellés », et que la non-réinoculation de cette lésion « soit au porteur, soit à un sujet sain, » ôtaient à ces expériences une grande partie de leur valeur. Nous irons plus loin que M. Diday dans nos objections : Ces observations, évidemment insuffisantes pour établir le simple fait de la greffe d'un chancroïde sur un chancre infectant, ne prouvent en aucune façon, — 1° que cette greffe transforme le chancre infectant en un chancre mixte ; — 2° que le chancre mixte existe, en tant qu'espèce morbide distincte et transmissible d'un malade à un autre individu ; — 3° que les faits de réinoculation du chancre infectant et des lésions secondaires, peuvent être expliqués ou compris, par l'existence et l'intervention du chancre mixte : — assertions dont nous allons fournir les preuves.

(1) *Histoire naturelle de la syphilis.* — Paris, 1863, p. 225.

1° *La greffe d'un chancroïde sur un chancre infectant, transforme-t-elle celui-ci en un chancre mixte?* — Il est de toute évidence que l'expérience qui consiste à greffer un chancroïde sur un chancre infectant, ne prouve rien au delà de ce fait lui-même, à savoir qu'un chancroïde peut naître, et se développer sur un chancre infectant plus ou moins cicatrisé. Mais cette expérience n'établit point que l'inoculation a transformé le chancre infectant en un chancre mixte, c'est-à-dire, en une lésion qui réunit les propriétés et les caractères des deux chancres. En effet, pour *prouver* qu'il en est ainsi, il faudrait inoculer cette lésion à un certain nombre d'individus sains, et établir que l'inoculation a fait naître un chancre qui a été infectant, et réunissait les caractères du chancre infectant et du chancroïde. — En l'absence de cette seconde série d'expériences, vous ne faites donc qu'une hypothèse, en disant que l'inoculation d'un chancroïde sur un chancre infectant, crée un chancre mixte, et nous pouvons vous objecter qu'il est très-vraisemblable que l'inoculation du chancre infectant *chancrellé*, pratiquée sur un individu sain, ne produirait qu'un chancroïde. Quoi qu'il en soit, nous ne saurions trop faire remarquer que, jusqu'à présent, M. Rollet et ses élèves n'ont prouvé par aucun fait, que l'inoculation artificielle ou accidentelle d'un chancroïde sur un chancre infectant, plus ou moins avancé dans sa cicatrisation, donne réellement naissance au *métis* chancre mixte.

2° *Le chancre mixte a-t-il une existence réelle?* — Pour le prouver, M. Rollet et ses élèves ont d'abord conclu de leurs expériences, à ce qui doit se produire dans les contagions accidentelles. Ils ont donc recherché dans les auteurs des exemples de malades atteints d'un chancre infectant, et qui, par le fait d'un coït exercé avec une femme atteinte de chancroïdes, auraient vu un chancroïde prendre naissance sur leur chancre infectant, comme dans le cas suivant, qui peut incontestablement être pris pour type.

Obs. — Un jeune homme de dix-sept ans se présente le 3 octobre à la consultation de l'hôpital du Midi : il est atteint d'un chancre induré glando-préputial, présentant une « *induration cartilagineuse;* » adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente.

Le 14, « *période de réparation commençante.* »

Le 24, « ce chancre s'est élargi et creusé, sa base est toujours très-fortement indurée ; de plus, il existe sur le fourreau de la verge un nouveau chancre, à base œdémateuse, mais sans induration véritable, et plusieurs petits chancres à base molle sur la surface cutanée du prépuce. » — Un bubon phlegmoneux se manifeste dans l'aine gauche : le pus en est inoculé, avec résultat positif.

Or, le 15 octobre, ce malade avait eu des rapports sexuels avec une femme P..., qui fut trouvée atteinte de chancroïdes multiples des organes génitaux ; chancres qu'elle communiqua à son amant, à la même époque, et qui, lui aussi, était en traitement à l'hôpital du Midi (Ricord, *Leçons*, etc. Note de M. Fournier, p. 119).

Cette observation prouve incontestablement « qu'un malade peut contracter de nouveaux chancres sur d'anciennes indurations » (Ricord, *Lettres*), ou, « qu'un chancre infectant peut être souillé, à une époque variable de son existence, par du pus de chancre simple » (A. Fournier, *loc. cit.*). Mais, pas plus que les expériences de M. Rollet, citées plus haut, elle n'établit la transformation du chancre infectant en un chancre mixte, car cette preuve ne pouvait être fournie que par l'inoculation artificielle ou accidentelle du chancre de ce malade à des individus sains.

D'autres faits ont été invoqués comme preuves de l'existence du chancre mixte. Suivant M. Rollet, l'*ulcus elevatum* de Carmichaël, dont notre confrère reproduit la description, d'après M. Rayer (*Traité des mal. de la peau*, Paris, 1835, t. II, p. 342), ne serait autre que son chancre mixte. — Le chancre mixte étant *toujours* un chancre infectant, nous demanderons à M. Rollet s'il a vu la syphilis constitutionnelle être consécutive à des chancres présentant les caractères de l'*ulcus elevatum, tel qu'il le décrit?* (*Recherches*, etc., p. 39). Quant à nous, nous ne l'avons pas vu.

Ce n'est pas seulement le chancre élevé, c'est-à-dire, une des formes du chancroïde (*voir*, Pl. III, fig. 5), qui a été donné comme exemple de chancre mixte : les élèves de M. Rollet, méconnaissant le chancroïde compliqué d'inflammation, et momentanément dur à la base, le prennent pour un chancre mixte. Pour justifier cette assertion, il nous suffira de renvoyer le lecteur à la thèse de M. Nodet, p. 77, où il trouvera un exemple détaillé de chancroïde avec induration inflammatoire, et *non suivi de syphilis constitutionnelle*, pris, et donné pour un chancre mixte.

Si ces faits sont insuffisants pour établir la réalité de l'existence du chancre mixte, il en est d'autres qui sont inconciliables avec cette existence.

Nous ferons d'abord remarquer que l'existence du chancre mixte, c'est-à-dire, d'une ulcération qui serait à la fois un chancre infectant et un chancroïde, constituerait un fait unique dans la pathologie des maladies contagieuses : il n'existe, en effet, aucune affection résultant de l'action de deux contagiums, et les reproduisant tous deux. Sans doute, la lancette de l'expérimentateur peut recueillir plusieurs virus, et les inoculer au même individu ; mais il ne s'ensuit pas que la *nature* opère ces mélanges, ou ces *mixtures*, et, en fait, l'observation nous apprend que les maladies restent individuelles (1).

Si le chancre mixte existait, si un malade était parfois atteint d'une ulcération réunissant les deux virus, celui du chancre infectant et celui

(1) Le fait de la coïncidence de plusieurs maladies contagieuses, sur le même individu, ne doit pas être confondu avec le fait de l'existence d'une lésion qui en serait comme la résultante, et aurait la propriété de reproduire ces maladies, car tel est le caractère du chancre mixte relativement au chancre et au chancroïde.

du chancroïde, — la confrontation des malades atteints de chancres, devrait nous fournir un certain nombre d'exemples de croisements des deux chancres, car c'est précisément en faisant intervenir le chancre mixte, que M. Rollet et ses élèves, expliquent les faits de chancres infectants provenant d'un chancroïde (celui-ci ayant dû être un chancre mixte). Mais alors que penser de la *loi* de transmission du chancre dans son espèce, admise par les dualistes? — Et comment comprendre que M. Rollet, « qui a fait au moins une centaine de confrontations » de malades atteints de chancroïdes, ait toujours vu cette ulcération provenir d'une ulcération semblable, c'est-à-dire, d'un chancroïde? (*Traité des mal. vén.*, p. 66.) Il aurait dû, dans ces 100 cas de confrontation, rencontrer la même proportion de chancres mixtes servant d'ascendants au chancroïde, qu'il en a trouvé lorsqu'il a constaté que le chancre infectant était réinoculable 6 fois sur 100, réinoculation qui dépend, suivant lui de ce que le chancre est mixte.

Si le chancre mixte existe, pourquoi ne voyons-nous point de cas de syphilis constitutionnelle consécutive à des chancres qui ont déterminé des bubons suppurés virulents? — Comment comprendre et expliquer l'extrême rareté des inoculations de voisinage dans les cas de chancres infectants?

3° *Les faits de réinoculation du chancre infectant et des lésions secondaires dépendent-ils de l'existence d'un chancre mixte dans ces lésions?*

Pour affirmer qu'un chancre infectant qui a été réinoculable au porteur, était un chancre mixte, et que l'*élément* chancroïde a été la cause de la réinoculation, il faudrait avoir démontré que le chancre mixte existe comme espèce pathologique, — ou bien, prouver que le malade qui portait un chancre infectant s'était exposé à la contagion d'un chancroïde. — Or nous avons démontré que l'existence du chancre mixte, en tant qu'ulcération ayant une existence individuelle, ne reposait sur aucune preuve sérieuse ou réelle. — D'un autre coté, est-il possible d'admettre que *tous* les malades qui portaient un chancre infectant réinoculable avaient exercé le coït avec une femme atteinte de chancroïdes génitaux? Évidemment non, car pour quelques-uns de ces cas, l'isolement du malade éloignait cette supposition. En outre nous ferons remarquer que parmi les chancres infectants réinoculables, il en est qui n'avaient aucun des caractères du chancroïde, caractères que doit toujours présenter, à un certain degré, le chancre mixte. — Enfin, M. Diday a fait observer que la lésion résultant de la réinoculation du chancre infectant prétendu mixte, n'avait pas toujours les caractères du chancroïde, ce qui devrait être cependant, si l'interprétation de la réinoculation donnée par M. Rollet était fondée.

Quant à l'interprétation de la réinoculation des lésions secondaires par l'existence, et l'intervention du chancre mixte, elle ne supporte pas un

moment l'examen. En effet, quel rapport trouver ou imaginer, entre les ulcérations secondaires des jambes, réinoculées par Hunter (voy. p. 287) et le chancre mixte ? Aucun, évidemment. — Est-il possible d'attribuer à un chancre mixte les réinoculations obtenues par MM. Sperino, Cazenave et Richet, dont nous avons, plus haut (p. 288), rapporté les observations ? Non, incontestablement. Aussi a-t-on cherché une autre explication de ces faits. Suivant M. Rollet, ces réinoculations n'ont produit dans le point d'insertion que « des pustules éphémères, sans caractère chancreux d'aucune sorte » (*ouvr. cit.*, p. 557), c'est-à-dire des *pustules abortives* analogues à celles qui résultent parfois de l'insertion du pus ou des matières irritantes sur la peau.

Pour juger du peu de valeur de cette objection, nous renvoyons le lecteur aux observations de Hunter, de MM. Sperino, Cazenave et Richet, observations que M. Rollet « a cru inutile de relater » : la description donnée par ces auteurs de la lésion résultant de la réinoculation, suffira pour le convaincre que cette lésion n'est point une pustule abortive, mais une ulcération analogne à celle qui résulte de la réinoculation du chancre infectant, lorsque cette inoculation réussit (1).

Ces faits de réinoculation des lésions secondaires, qu'il est impossible d'expliquer par l'intervention du chancre mixte, ne rendent-ils pas facile la compréhension des faits de réinoculation positive du chancre infectant? En effet, dans les deux cas il s'agit du même virus, réinoculé dans les mêmes conditions, c'est-à-dire, du virus syphilitique inoculé sur des individus ayant la syphilis constitutionnelle.

Si nous ne nous trompons pas dans le jugement que nous venons de porter sur le chancre mixte, — si cette affection, ainsi que nous croyons l'avoir prouvé, n'est qu'une entité morbide imaginaire, nous pensons que les faits de réinoculations syphilitiques qu'elle était destinée à expliquer trouvent une interprétation facile dans la théorie de l'hybridité que nous soutenons, et conséquemment que M. Rollet et ses élèves auront, sans le vouloir, contribués à son édification.

Pathogénie. — Le chancroïde ne se développe pas spontanément chez un malade; *il est toujours le résultat d'une contagion.*

Chez les individus qui n'ont pas eu la syphilis constitutionnelle, le

(1) Nous ne saurions sans injustice passer sous silence le service que M. Rollet a rendu en signalant les pustules abortives comme étant une des causes d'erreur des syphiliographes qui pensent que la réinoculation du chancre infectant est souvent *positive.*— Il en est une autre que nos lectures nous ont révélée : MM. Sperino, Thiry, Boeck, Bidenkap, Melchior Robert, confondent parfois, le chancroïde dont la base est plus ou moins dure, et qui n'est pas suivi d'accidents généraux, avec le chancre infectant.

chancroïde a toujours pour ascendant le chancroïde d'un autre malade. Nous ne reviendrons pas sur cette proposition, qui a été longuement développée dans notre paragraphe relatif au *diagnostic* du chancroïde.

Il n'en est pas de même chez les individus qui ont ou qui ont eu la syphilis constitutionnelle : chez ceux-là, le chancroïde provient de deux sources : de même que chez les individus sains, il peut avoir pour ascendant le chancroïde d'un autre malade; en outre, il peut être le résultat ou l'effet d'une inoculation itérative, accidentelle ou artificielle, du virus syphilitique.

Nous ne saurions trop faire remarquer, que les inoculations itératives *positives* du virus syphilitique chez les syphilisés, constituant un fait rare et exceptionnel, il en résulte que, même chez les individus qui ont ou qui ont eu la syphilis constitutionnelle, le chancroïde a ordinairement pour cause la contagion d'un chancroïde.

S'il existe des individus réfractaires à la syphilis, chez eux le chancroïde peut se produire de la même manière que chez les syphilisés, c'est-à-dire par la contagion directe d'un chancroïde ou par l'inoculation du virus syphilitique.

Le chancroïde se produit donc de deux manières : 1° par suite d'une inoculation itérative du virus syphilitique chez un syphilisé; 2° par l'inoculation directe du *contagium* du chancroïde. Dans le premier cas il y a véritablement formation ou génèse de l'affection hybride; dans le second cas, simple transmission de l'affection. Il en est de même de la pathogénie des hybrides faux cowpox, vaccinoïde et varioloïde.

Le chancroïde n'étant qu'une affection locale, sa formation n'est entravée ou empêchée par aucune prédisposition ou idiosyncrasie individuelle : *il n'y a pas d'individus réfractaires au chancroïde.* Par la même raison, le chancroïde peut se reproduire sur le même individu un nombre de fois illimité, si le contagium chancreux est placé dans les *conditions* locales voulues : conditions dont nous allons parler.

Ces conditions locales sont les suivantes. Il faut de toute nécessité qu'il y ait *dépôt momentané du contagium* sur un point du tégument.

Cette première condition est insuffisante; des faits cliniques nombreux le prouvent. Ainsi, il n'est pas rare d'apprendre que plusieurs individus ont cohabité avec une femme atteinte de chancroïdes, et que plusieurs d'entre eux ont éludé la contagion. D'un autre côté, chez les malades atteints de chancroïdes, ne voyons-nous pas constamment les parties avoisinant ces ulcérations, être en quelque sorte inondées par le pus chancreux, et cependant de nouveaux chancres ne se forment pas toujours sur les parties souillées. Mais qu'une excoriation, qu'une simple dilacération de

l'épiderme ou de l'épithélium se produise sur les parties saines qui environnent les chancroïdes, aussitôt de nouveaux chancroïdes se manifestent, ainsi que nous l'avons dit et prouvé à propos de la multiplication du chancroïde par inoculation de voisinage (p. 177). Nous pensons donc que *le chancroïde ne se développe sur un point de la peau ou des muqueuses sur lequel le contagium a été déposé, qu'autant que ce point est le siége d'une érosion, d'une écorchure, d'une plaie*, etc. — Suivant nous, le chancroïde est toujours greffé sur une solution de continuité de l'épiderme ou de l'épithélium.

Cette condition pathogénique locale nous paraît être la véritable cause de plusieurs faits relatifs au chancroïde. Ainsi, l'extrême rareté du chancroïde sur certaines régions : région céphalique, tronc, membres, fourreau de la verge, scrotum, méat urinaire, face cutanée des grandes lèvres génitales, vagin, etc., doit être attribuée au peu de fréquence des excoriations de la peau et des muqueuses dans ces régions. Si les malades atteints de chancroïdes des organes génitaux sont si rarement atteints de chancroïdes des doigts, il faut l'attribuer à l'intégrité de la peau de ces organes. Et si ces mêmes malades, dont les doigts sont parfois souillés de pus chancreux, ne s'inoculent pas plus souvent des chancroïdes sur d'autres régions du corps, ne faut-il pas l'attribuer encore à l'absence d'érosions ou d'écorchures? Cela est si vrai, que nous voyons des chancroïdes se produire toutes les fois que chez un malade atteint de chancroïdes génitaux, le pus de ses ulcérations est mis en contact, accidentellement ou volontairement (inoculations expérimentales), sur un point de la peau ou des muqueuses dont la couche épidermique a été enlevée.

Un point fort curieux de la pathogénie du chancroïde est celui relatif à la *transmission de cette affection aux animaux.*

Nous avons dit (p. 21) que Hunter n'avait pas réussi à inoculer la syphilis aux animaux, et que ses expériences répétées en Angleterre et en France, avaient pleinement confirmé l'assertion du grand syphiliographe, à savoir, que la syphilis est une maladie contagieuse particulière à l'espèce humaine. — Nous avons dit, en outre, qu'en 1844 M. Auzias ayant repris l'étude expérimentale de cette question, il résultait manifestement de ses nombreuses inoculations, pratiquées sur différents animaux, que le chancre est inoculable à la brute : — Il nous reste à démontrer, que le chancroïde seul, jouit de cette propriété de transmission.

1° La description que M. Auzias a donnée du chancre du singe, « animal sur lequel le chancre se développe le mieux » (1), est celle du chancre non infectant : « Il est

(1) *De la syphilisation ou vaccination syphilitique* (*Archives générales de médecine*, n° de juin 1851 et suiv.).

parfaitement circulaire..., ses *bords* sont généralement taillés à pic... Parfois découpés, comme frangés... Ils sont en général décollés, quelquefois un peu soulevés et légèrement tournés en dehors...; ils présentent un grand nombre de petits points rouges saignants; c'est une espèce de *pointillé* ou de *piqueté* qui paraît produit par les extrémités de petits vaisseaux sanguins à moitié corrodés par l'ulcération.—Son *fond* est grisâtre, quelquefois taillé en entonnoir... Ce fond est parfois, comme les bords, parsemé de points rouges et saignants ... Dans des circonstances exceptionnelles il s'élève pour constituer un ulcère élevé.» (*Loc. cit.*, p. 13.)

Il est de toute évidence que ces caractères du chancre des animaux ne sont pas ceux du chancre infectant.

2° Dans les *neuf* séries d'expériences sur les animaux, rapportées par M. Auzias, il est facile de reconnaître que le virus inoculé a toujours été pris sur des chancroïdes (1) :

Première série. — « Le malade auquel j'emprunte du pus est atteint d'un chancre « du pénis et d'un bubon ulcéré depuis quatre jours; *c'est le bubon qui m'a fourni* « *le pus dont je me suis servi.* » (*Loc. cit.*, p. 22.)

Deuxième série. — « Le pus a été emprunté à deux chancres indurés siégeant, l'un « à la partie supérieure du prépuce, et l'autre sur le dos de la verge d'un même ma- « lade »... *Les chancres de l'animal* (*singe macaque*) *ne se sont pas développés.*

Troisième série. — « J'ai pris du pus à un *chancre ganglionnaire.* »

Quatrième série. — « Le malade auquel j'emprunte du pus est atteint de six chan- « cres résultant de piqûres de sangsues qui se sont inoculées... Le limbe du pré- « puce est bordé de chancres confluents. »

Cinquième série. — « La plus importante de ce travail, » dit M. Auzias. Pus pris sur un malade de l'hôpital du Midi atteint de chancroïdes multiples du gland, du reflet du prépuce, etc., chancres qui furent inoculés avec succès au malade, sur les deux cuisses. — « Pour l'inoculation du singe, on prit du pus à l'ulcération « qu'on avait produite à la cuisse gauche du malade (2). »

Sixième série. — « Le pus est pris sur un chancre du prépuce *dont le pus s'est ino-* « *culé* dans deux endroits de la face correspondante du scrotum; chancre ne mon- « trant aucune trace d'induration. »

Septième série. — « Malade porteur de deux chancres non indurés de la verge et « de plusieurs chancres inguinaux qui résultent de l'inoculation accidentelle de pi- « qûres de sangsues. »

Huitième série. — Pus recueilli sur le chancre d'un singe inoculé avec le pus chancreux du malade de la *sixième* série.

Neuvième série. — Bouc inoculé avec du pus de chancres que portaient d'autres animaux.

3° Dans tous les cas où l'inoculation du chancre a réussi sur un animal, ce même animal a pu être facilement réinoculé avec le pus de ses propres chancres.

4° Le résultat de l'inoculation a toujours été immédiat : il n'y a pas eu de période d'incubation.

5° Les animaux sur lesquels des chancres ont été inoculés n'ont pas présenté d'accidents généraux ou constitutionnels (3).

6° Les inoculations pratiquées sur l'homme, avec le virus pris sur les chancres

(1) Il n'y a d'exception que pour les inoculations de la *deuxième* série, aussi n'a-t-on obtenu que des chancres dits *avortés*.

(2) *De l'inoculation de la syphilis aux animaux*, par le docteur Robert de Welz. (*Gazette médicale de Paris*, 1850, p. 544).

(3) Voy. ce que nous avons dit à ce sujet, p. 21 et suiv.

de différents animaux (singes, et chats), n'ont produit que des chancres locaux, c'est-à-dire des chancres qui n'ont pas été suivis d'accidents constitutionnels. Voici les preuves de cette assertion :

Obs. — Le 9 juin 1850, M. Robert de Welz inocula sur son bras droit du virus recueilli sur le chancre d'un singe (celui de la *cinquième série* du mémoire de M. Auzias).

Le 14 du même mois, nouvelle inoculation sur le bras gauche avec le pus d'un autre chancre du même animal.

Le 25, autre inoculation : même provenance du pus inoculé. Ces *trois* inoculations déterminèrent *trois* chancres qui furent cautérisés avec la pâte de Vienne, *dix jours après le début.* Or, aucun des symptômes généraux de la syphilis ne s'est manifesté chez M. Robert de Welz, consécutivement à ces inoculations (1).

Obs. — Le 8 mars 1851, M. Diday s'inocula sur la face dorsale du pénis, le pus d'un chancre qu'il avait réussi à produire sur l'oreille d'un chat. — Un chancre se forma sur le point inoculé : cautérisation avec le chlorure de zinc au troisième jour; insuccès. —Phagédénisme ; *bubon* phlegmoneux dans l'aine. —Pas de traitement antisyphilique; pas d'accidents constitutionnels ultérieurement (2).

Obs. — Au mois d'août 1852 M. Melchior Robert, après avoir inoculé un chancroïde à un chat, pratiqua sur lui-même, (bras et avant-bras) deux inoculations avec le virus du chancre de l'animal : il en résulta deux chancroïdes, qui ne furent pas suivis d'accidents généraux (*ouvr. cité*, p. 465).

7° Il est si vrai que le chancroïde seul est inoculable aux animaux, que l'inoculation échoue lorsque l'on prend le virus sur un chancre infectant (3).

Ainsi, les caractères des chancres inoculés aux aminaux ; — la provenance du pus inoculé ; — la propriété d'auto-inoculation de ces chancres ; — l'absence d'incubation ; — la non-manifestation de lésions constitutionnelles chez les animaux inoculés ; — l'état local des chancres transmis des animaux à l'homme ; — enfin, la non-réussite des inoculations praitquées sur la brute avec le virus du chancre infectant, ne laissent aucun doute sur la réalité du fait que nous voulions établir, à savoir, que *le chancroïde est inoculable à divers animaux.*

D'un autre côté, les faits d'inoculation du chancroïde aux animaux (singe, chat, etc.) sont si nombreux, et si probants que nous ne comprenons pas qu'ils aient pu être révoqués en doute par quelques syphiliographes. Ainsi, M. Cullerier ne voit dans les chancres produits sur les animaux « qu'un dépôt du virus chancreux, avec ou sans production d'inflammation suppurative. » (*Union médic.* 1850, p. 370.)

(1) *Gazette médicale de Paris,* 1850, p. 545.

(2) *Gazette médicale de Paris,* 1851, p. 809.

(3) Nous lisons ce qui suit dans la thèse de M. Basset (*De la simultanéité des maladies vénériennes,* Paris, 1860) : « Toutes les fois que j'ai inoculé du pus de chancre simple à des animaux, j'ai obtenu un ulcère de forme et de dimensions variables, mais présentant toujours pour caractères pathognomoniques de pouvoir s'inoculer de nouveau au porteur ou à tout autre animal... Mes inoculations de chancre syphilitique (chancre infectant) ont été plus nombreuses que mes inoculations de chancre simple; eh bien! malgré tous les soins que j'ai apportés à ces dernières expériences, je n'ai jamais pu obtenir un résultat positif. » (P. 20.)

§ X. — Du pronostic du chancroïde.

Le chancroïde est une affection purement locale, *c'est-à-dire une affection qui n'est, ni la manifestation ou l'effet d'une maladie générale préexistante, — ni la cause d'aucun état diathésique ou constitutionnel ultérieur.*

Il est presque inutile de faire remarquer que cette proposition est relative à un *fait* pathologique d'une extrême importance en syphiliologie, fait qu'il ne faut pas confondre avec les interprétations ou les théories auxquelles il a donné lieu, et que nous avons étudiées dans le paragraphe précédent. Établissons donc la réalité de ce fait.

Le chancroïde est une affection purement locale, disons-nous : la vérification de ce fait pathologique est facile. En effet, visitez un de ces hôpitaux spécialement consacrés au traitement des maladies vénériennes, vous y trouverez toujours des malades atteints d'ulcérations génitales ayant les caractères que nous avons assignés au chancroïde. Observez attentivement ces malades ; *suivez-les* pendant quelques mois, vous constaterez que leurs ulcérations guériront plus ou moins vite, plus ou moins facilement, mais qu'elles ne donneront lieu à aucune affection consécutive ou générale, à aucun symptôme constitutionnel ou diathésique, et cela quelle qu'ait été la thérapeutique employée pour combattre ces ulcérations.

Les occasions d'observer le fait qui nous occupe, sont d'ailleurs si fréquentes, qu'il est peu de praticiens, n'ayant vu plusieurs fois, et bien vu, qu'il est réellement des malades chez lesquels des ulcérations des organes génitaux, contractées dans des rapports sexuels, ne sont suivies d'aucunes des lésions qui caractérisent la syphilis généralisée ; — c'est-à-dire, qu'il est des cas dans lesquels le chancre reste une affection locale.

Mais, le chancroïde est-il TOUJOURS *une affection locale* ? N'observe-t-on pas parfois des malades chez lesquels un chancroïde est suivi de la syphilis constitutionnelle ?

Les médecins qui ne sont pas restés tout à fait étrangers aux publications qui ont eu la syphilis pour objet, dans ces quinze dernières années, savent qu'il n'est pas en syphiliologie de question plus controversée que celle-là, et sur laquelle les discussions aient été plus vives. — Nous apporterons à son examen toute l'attention que mérite son importance.

Et d'abord, que le lecteur veuille bien remarquer qu'il ne s'agit pas de discuter ou de savoir si le chancroïde d'un malade, transmis ou inoculé à un autre malade, donne *toujours* lieu à un chancroïde, c'est-à-dire à un chancre qui reste local. — La question qui nous occupe est plus simple : nous avons à rechercher si, chez un malade atteint d'un chancroïde, cette

affection est toujours locale, et cela, abstraction faite de la nature de la lésion que cette ulcération pourrait produire chez un autre malade.

Il est de toute évidence qu'il s'agit ici d'une question de *fait*, et conséquemment d'une question dont il faut demander la solution aux faits cliniques ou à ceux fournis par l'expérimentation. Il semble donc, au premier abord, que cette solution est facile ; il n'en est rien cependant, par la raison que l'étude des faits relatifs à cette question est difficile, et que les faits eux-mêmes peuvent être mal interprétés : toutes choses que nous allons nous efforcer de démontrer.

Le diagnostic différentiel du chancroïde et du chancre infectant n'est pas toujours exempt de difficultés : on nous accordera facilement, qu'*un chancre infectant peut être pris pour un chancroïde.* — Il est donc vraisemblable que quelques-uns des faits rapportés par les auteurs, dans lesquels un chancroïde aurait été suivi d'accidents syphilitiques constitutionnels, sont relatifs à des chancres infectants méconnus, c'est-à-dire pris à tort pour des chancres simples.

Voici une autre erreur de diagnostic dont nous sommes de temps en temps témoin : *Les papules muqueuses génitales ulcérées*, *particulièrement chez la femme*, peuvent être prises pour des chancroïdes. Or, comme il n'est pas rare, chez les femmes atteintes de la syphilis constitutionnelle, de voir des papules de la vulve se manifester avant les accidents cutanés (syphilides) : — si ces papules muqueuses sont considérées comme étant des chancres simples, on verra dans le développement des autres lésions constitutionnelles secondaires, chez ces malades, un fait de vérole consécutive à des chancroïdes,

Il est une autre cause d'erreur sur laquelle nous ne saurions trop insister à cause de sa fréquence. — Un des caractères de la diathèse syphilitique consiste dans sa longue durée, d'où résultent de fréquentes récidives dans les lésions et les symptômes qui caractérisent cet état morbide. — Il n'est donc pas rare d'observer des malades qui, ayant eu la syphilis constitutionnelle, contractent des chancroïdes. — Or, si ces mêmes malades présentent des récidives de leur vérole, c'est-à-dire de nouvelles lésions syphilitiques, pendant la durée de leurs chancroïdes, ou peu de temps après la guérison de ces ulcérations, on pourra croire que ces manifestations nouvelles d'un état diathésique ancien, sont produites par les chancroïdes, et dans ces cas-là encore on conclura, à tort, que la syphilis constitutionnelle a eu pour cause déterminante des chancres simples.

Ces cas sont loin d'être les seuls qui prêtent à des erreurs, c'est-à-dire à des conclusions erronées. Il en est qui, pour être moins communs, ne méritent pas moins de fixer notre attention.

Un malade peut contracter un chancroïde peu de temps après un chancre infectant. Dans ces circonstances, si le chancre infectant n'a pas

été reconnu, et cela à cause de son siége ou en raison de son peu de gravité et de sa rapide guérison, on ne manquera pas de rapporter au chancroïde les lésions syphilitiques constitutionnelles dont le chancre infectant aura été la véritable cause.

D'autres malades, pendant la longue durée d'un chancroïde peuvent contracter un chancre infectant, et alors surviendront des symptômes généraux qui seront, de même que dans le cas précédent, attribués au chancroïde. si le chancre infectant n'a pas été constaté. — Nous pensons que c'est surtout dans la pratique hospitalière, et particulièrement dans les salles de vénériens, que des faits de ce genre se produisent. Un malade atteint d'un chancroïde peut contracter un chancre infectant, ou par son contact avec un malade atteint de la syphilis (chancre infectant, lésions secondaires), — ou bien, par l'intermédiaire des instruments employés dans le service. — Nous avons soigné, il y a deux ans, un artiste sculpteur qui était entré à l'hôpital du Midi pour y être traité d'un rétrécissement de l'urètre. L'introduction des bougies détermina un chancre induré du méat urinaire, qui fut suivi d'une syphilis constitutionnelle grave. — Il y avait *six mois* que le malade n'avait pas exercé le coït lorsque le chancre urétral se manifesta.

Autre cas : — Il est des individus chez lesquels peuvent exister simultanément des chancroïdes et des chancres infectants. On comprend facilement que si ces derniers passent inaperçus, on ne manquera pas de conclure que des chancroïdes ont été suivis d'accidents généraux. —On observe parfois des cas de ce genre chez les prostituées, et chez les jeunes gens qui se livrent à la débauche et cohabitent avec les femmes de mauvaise vie.

Chez d'autres malades, un chancroïde peut se développer sur un chancre infectant en voie de cicatrisation ou cicatrisé, fait que nous avons observé deux ou trois fois, et sur lequel nous avons dit que M. Rollet avait fondé l'hypothèse du chancre mixte. Or la *greffe* accidentelle d'un chancroïde sur un chancre, peut incontestablement masquer ce dernier, et faire rapporter à un chancre simple l'infection générale.

Certaines affections *non spécifiques*, de la peau, des membranes muqueuses, etc , se manifestant pendant la durée d'un chancroïde, ou peu de temps après sa guérison, peuvent être confondues avec les affections syphilitiques constitutionnelles, et, de cette confusion résultera forcément, pour le médecin qui l'aura commise, la croyance au pouvoir infectieux du chancroïde. — Il y a quelques mois, nous avons été consulté par un jeune médecin, atteint d'un chancroïde du sillon, qu'il croyait être un chancre infectant. Le malade s'était soumis à l'usage de l'iodure de potassium qu'il prenait à la dose d'un gramme par jour. Une éruption iodée acnéiforme s'étant manifestée, elle fut prise par notre confrère pour un

acné syphilitique, et lui semblait être la confirmation du diagnostic qu'il avait porté sur son chancre.

Enfin, nous avons dit, plus haut, que pour quelques syphiliographes, lorsqu'un chancre infectant manque d'induration, ils considèrent ce chancre comme étant un chancroïde suivi d'infection générale.

Ces diverses causes d'erreur dans la constatation des faits cliniques relatifs à la question qui nous occupe étant très-réelles, il est de toute évidence que, dans l'examen et l'appréciation de ces mêmes faits, il faut toujours, pour juger de leur valeur, s'assurer que l'observateur a su les éviter. — Il nous est arrivé plus d'une fois, d'observer des malades chez lesquels, faute d'une analyse clinique suffisante, nous eussions rapporté à un chancroïde certains accidents constitutionnels, accidents dont un examen plus complet du malade nous révélait la véritable source. — Depuis longtemps déjà, toute notre attention est fixée sur la question de savoir si le chancroïde est parfois suivi de la syphilis constitutionnelle, et nous n'avons négligé aucune occasion de nous éclairer sur ce point important. Eh bien, sur plusieurs centaines de malades atteints de chancroïdes, observés par nous dans les conditions voulues pour savoir si ces chancroïdes avaient été infectants, nous n'en avons pas vu un seul chez lequel des accidents généraux se soient manifestés.

En tant qu'affection locale, le pronostic du chancroïde mérite notre attention.

Il est incontestable que, dans la grande majorité des cas, le chancroïde est une affection vénérienne bénigne; mais nous ne partageons pas l'avis de M. Rollet, qui considère le chancre simple comme étant « la moins grave des trois maladies vénériennes » (*Traité*, etc., p. 106). En songeant aux éventualités de siége, de durée, de complications d'un chancroïde dont nous aurions à subir l'atteinte, nous lui préférerions une blennorrhagie, — affection que nous sommes bien éloigné d'ailleurs, de considérer comme étant sans gravité.

Le *siége* d'un chancroïde, on le comprend facilement, doit être pris en considération relativement au pronostic de cette affection. Mais c'est surtout *la forme* que revêt le chancroïde qui nous fournit les meilleurs éléments du jugement que nous devons porter sur sa durée, ses complications, etc. — Le chancroïde de forme exulcéreuse, celui qui n'intéresse que les couches superficielles de la peau ou des muqueuses, guérit facilement, mais il peut donner lieu à des adénites phlegmoneuses et virulentes. —Le chancroïde de forme ulcéreuse, celui dont les bords sont taillés à pic, et qui s'étend jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, guérit lentement, difficilement, et des complications, dont la plus redoutable est le phagédénisme, peuvent survenir à toutes les périodes de sa

durée. Son degré de gravité nous a toujours paru être en rapport avec son étendue.

Nous avons dit (p. 184) que l'*inflammation* (que sa cause soit locale ou générale) prolongeait la durée du chancroïde, et favorisait singulièrement sa tendance à l'agrandissement.

En décrivant le *bubon* symptomatique du chancroïde, nous dirons ce que nos observations et nos lectures nous ont appris, relativement au siége, à la forme, etc. des chancroïdes, qui déterminent cette fâcheuse complication.

Le *phagédénisme* produit dans le chancroïde un état morbide qui transforme cette ulcération en une des plus redoutables affections qu'il nous soit donné d'observer. Il nous suffira, pour justifier cette assertion, de rappeler qu'un chancre phagédénique peut, pendant plusieurs *années*, torturer un malade, braver les efforts de la nature médicatrice et de l'art, et conduire jusque dans la tombe le malheureux qui en est atteint.

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit (p. 192) de la fâcheuse influence que le *phimosis* et la *paraphimosis* exercent sur la durée du chancroïde du pénis.

Il résulterait de nos observations que le chancroïde des organes génitaux est généralement moins grave chez la femme que chez l'homme. — Les causes de cette différence ne nous sont pas toutes connues ; nous pensons qu'il faut l'attribuer au régime, au genre de vie, etc., — mais nous croyons que le *modus faciendi* dans les pansements, entre pour une bonne part dans la guérison plus prompte des chancroïdes génitaux chez la femme. En effet, nous avons maintes fois constaté que les chancroïdes du pénis sont aggravés par leur contact permanent avec les pièces d'appareil dont on les recouvre (charpie, compresses, etc.) ; circonstance qu'éloigne la conformation des organes génitaux de la femme. Nous reviendrons sur ces faits à propos du traitement du chancroïde.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE FASCICULE.

Pages.

DE LA SYPHILIS.

CHAPITRE Ier. — PREMIÈRE MENTION DE LA MALADIE SYPHILITIQUE. — DÉNOMINATIONS DIVERSES QUI LUI FURENT DONNÉES 1
CHAPITRE II. — DE LA CAUSE DE LA SYPHILIS, OU DU VIRUS SYPHILITIQUE 5
CHAPITRE III. — DES DIFFÉRENTS MODES DE TRANSMISSION DE LA SYPHILIS. 19

DE LA SYPHILIS TRANSMISE PAR INOCULATION.

CHAPITRE Ier. — DESCRIPTION GÉNÉRALE. 24
CHAPITRE II. — DE LA LÉSION D'INOCULATION. — DU CHANCRE. 39
§ I. De l'incubation du chancre. 39
§ II. Du chancre infectant à la période de début. 56
§ III. Des symptômes du chancre vrai à la période d'état, — de déclin, — et de terminaison. 58
§ IV. — Durée. — Terminaison. 81
§ V. — Complications. 84
§ VI. — Symptômes concomitants. 88
§ VII. — Du nombre des chancres infectants sur un même malade. 92
§ VIII. — Du siége du chancre infectant. 95
§ IX — Du diagnostic du chancre infectant. 110
§ X. — Étiologie et pathogénie du chancre infectant. 152
§ XI. — Du pronostic du chancre infectant. 159

DU CHANCROIDE.

(Chancre simple, chancre non infectant, non induré, chancre mou.). 168
§ I — Des formes du chancroïde. 169
§ II. — Des symptômes du chancroïde. 170
§ III. — Du nombre des chancroïdes sur le même malade. 181
§ IV. — Complications. 183
§ V. — Durée. — Terminaison. 193
§ VI. — Symptômes concomitants. 194
§ VII. — Du siége du chancroïde. 195
§ VIII. — Du diagnostic du chancroïde. 206
§ IX. — Étiologie et pathogénie du chancroïde. 237
§ X. — Du pronostic du chancroïde. 309

PLANCHES.

PLANCHE I.

Fig. 1. — Chancre infectant du fourreau.

Chancre de six, à huit jours, à l'état d'*érosion* ou d'exulcération : au centre de la lésion, couche diphthéritique, analogue aux productions diphthéritiques de la période secondaire de la syphilis ; elle est plus épaisse vers son milieu que sur ses limites, qui sont marquées par un liséré rouge, constitué par la couche papillaire de la peau, excoriée et enflammée.

Fig. 2. — Deux chancres infectants indurés, siégeant, l'un sur la muqueuse préputiale, l'autre sur le peau de la verge.

Chancres de trois semaines. — L'induration de la base de ces deux chancres est typique. — Celui situé sur la ligne médiane présente la couche diphthéritique centrale, entourée d'un liséré rouge, formée par la couche papillaire de la muqueuse qui est mise à nu.

Fig. 3. — Chancre induré, à tendance phagédénique, siégeant sur le gland et la muqueuse préputiale.

Induration très-marquée sur la portion du chancre située dans le sillon; faible sur la partie qui répond au gland.

Fig. 4. — Chancre infectant de la lèvre droite du méat urinaire.

Chancre de sept à huit jours. — Une partie de la surface du chancre est recouverte d'une couche diphthéritique.

Fig. 5. — Chancre infectant induré, de la lèvre droite du méat.

Chancre de deux mois. — Induration très-marquée, qui semble avoir envahi la lèvre droite du méat, et la rend saillante.

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



CHANCRES INFECTANTS

[illegible] Éditeurs

PLANCHE II.

Fig. 1. — Chancre induré de la paupière inférieure.

Chancre de deux mois et demi. — L'induration a envahi la presque totalité de la paupière inférieure qu'elle a déformée. Roséole syphilitique, indiquée autour de l'œil.

Fig. 2. — Chancre induré du sillon.

Induration considérable, ayant pour siége la muqueuse préputiale dans toute l'étendue du sillon. — Cette induration présente à sa surface des ulcérations superficielles qui se sont produites spontanément. (Voir l'observation du malade, p. 72.)

Fig. 3. — Induration consécutive à une chancre infectant de la muqueuse préputiale.

Induration-type, siégeant sur la muqueuse préputiale, dans la région du frein. — Le prépuce est renversé, et maintenu dans cette position.

Fig. 4. — Chancre induré de la lèvre inférieure.

Chancre de dix-huit, à vingt jours. — Diphthérite chancreuse centrale ; liséré périphérique ; induration de la base, déformant la lèvre.

Fig. 5. — Induration volumineuse du limbe du prépuce.

Induration énorme, consécutive à une érosion chancreuse du limbe du prépuce datant de quatre mois, chez un malade qui n'avait fait aucun traitement. — Un point de la surface de l'induration s'est exulcéré spontanément.



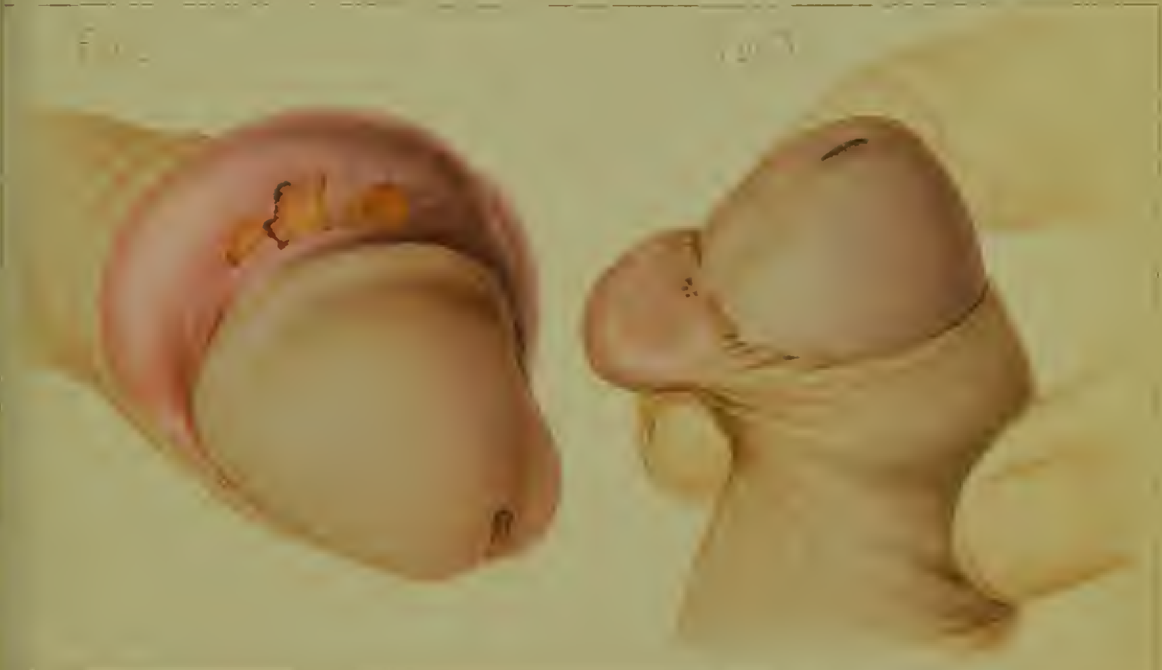




PLANCHE III.

Fig. 1. — Chancroïde du limbe du prépuce.

Chancroïde de trois semaines, à un mois, de forme ulcéreuse, inoculé artificiellement sur la peau du prépuce.— Le chancroïde inoculé est au huitième jour.

Fig. 2. — Chancroïde de forme ulcéreuse, de la muqueuse préputiale.

Fig. 3. — Chancroïdes multiples de la muqueuse préputiale, et de la peau de la verge.

Chancroïdes de forme exulcéreuse. — Quelques-uns de ces chancroïdes sont le résultat d'inoculations spontanées et de voisinage.

Fig. 4. — Chancroïdes multiples de la muqueuse préputiale.

Forme exulcéreuse. — Chancroïdes successifs, par suite d'auto-inoculations de voisinage.

Fig. 5. — Chancroïdes multiples.

Forme exulcéreuse et *végétante* (*ulcus elevatum*). — Aspect diphthéritique ; surface fendillée ou crevassée. — Inoculations de voisinage.


Fig. 1.


Fig. 2.


Fig 3


Fig. 4.


Fig. 5.

CHANCROIDES